



**Eficacia de la intervención Mindfulness para el control
de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión,
asociados a las enfermedades crónicas de mayor
prevalencia en el adulto**

Revisión Narrativa

Autora: Paula de Corral San Martín

Tutora: María Teresa González Gil

Grado de Enfermería

Trabajo de Fin de Grado

Mayo 2017

«Zamolxis, nuestro rey, y por añadidura un Dios, pretende que si no debe emprenderse la cura de los ojos sin la cabeza, ni la cabeza sin el cuerpo, tampoco debe tratarse del cuerpo sin el alma; y que si muchas enfermedades se resisten a los esfuerzos médicos, procede de que se desconoce el todo, del que por el contrario debe tenerse el mayor cuidado; porque yendo mal el todo, es imposible que la parte vaya bien.»

Platón

ÍNDICE

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Objetivos.....	13
Metodología	14
Resultados	15
Discusión.....	27
Conclusiones y agradecimientos.....	35
Bibliografía.....	36
Anexos.....	41

RESUMEN

Introducción: las enfermedades físicas crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Las personas diagnosticadas de este tipo de enfermedades, experimentan una transición en la que incorporan nuevos cambios a su identidad y forma de vida. Es frecuente que dicha transición curse con síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión.

Objetivo: analizar la evidencia actual con respecto a la eficacia de la terapia basada en Mindfulness, para la reducción de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, en las enfermedades físicas crónicas más prevalentes. Asimismo, se quiere explorar la efectividad de la intervención enfermera (NIC) “meditación” basada en Mindfulness, para prevenir o disminuir los síntomas anteriormente nombrados.

Metodología: se realizó una revisión narrativa de la literatura, mediante la consulta de las bases de datos PubMed, CINAHL, Cochrane Library, PsycInfo y CUIDEN.

Resultados: la evidencia se posiciona a favor de la intervención basada en Mindfulness para la reducción, especialmente a corto plazo, de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, en las personas que padecen una enfermedad física crónica.

Conclusiones: futuras líneas de investigación deben estudiar los efectos a largo plazo de la intervención. El profesional de enfermería puede adquirir la formación pertinente para la enseñanza de esta técnica “cuerpo- mente”, y ponerla en práctica como parte de su marco competencial. Es importante reducir las tasas de abandono del programa, así como asegurar la adherencia a la práctica de la intervención, una vez finalizado el programa presencial basado en Mindfulness.

Palabras clave: Enfermedades físicas crónicas, Mindfulness, Enfermería, Ansiedad, Estrés, Síntomas de depresión.

ABSTRACT

Introduction: long- term physical conditions are the main cause of death and disability in the world. People diagnosed of chronic disease, experience a transition in which they incorporate new changes to their identity and way of life. Frequently, this transition is accompanied by symptoms of stress, anxiety and / or depression.

Objective: to analyse current evidence regarding the efficacy of Mindfulness-based therapy, for the reduction of stress, anxiety, and depression symptoms in the most prevalent chronic physical illnesses. We also want to explore the effectiveness of the nurse intervention (NIC) called “meditation” which is based in Mindfulness therapy, to prevent or decrease the above-mentioned symptoms.

Methodology: a narrative review of the literature was carried out, whose bibliographic searches were performed in the databases PubMed, CINAHL, Cochrane Library, PsycInfo y CUIDEN.

Results: the collected evidence is in favor of Mindfulness- based interventions, for the reduction of stress, anxiety and depression symptoms, in people suffering a chronic physical condition.

Conclusions: future research should study the long-term effects of the intervention. The professional nursing can acquire the pertinent formation to teach this "mind- body” technique, and take it into practice as part of its competence framework. It is important to reduce the dropout rates of the program, as well as ensure adherence to the practice of the intervention, once the face-to-face program based on Mindfulness is completed.

Key words: Long- term physical conditions, Mindfulness, Nursing, Anxiety, Stress, Depression symptoms.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general, de progresión lenta (OMS)¹. Son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo*.²

La OMS expone que en 2012 el 68% de las muertes en el mundo fueron causadas por enfermedades no transmisibles, entre las cuales destacan enfermedades crónicas como determinadas enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y algunos tipos de neumopatías.¹ Según el departamento de Salud Pública de la **Comisión Europea**³, las enfermedades crónicas no contagiosas más prevalentes son la causa del 87% de las muertes en Europa. Éstas afectan, al menos, a 50 de cada 100.000 personas.² Nuevamente, estamos ante enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus y enfermedades respiratorias. Los datos obtenidos en **España**, según la Encuesta Nacional de Salud⁴ actualizada en 2015, advierten que las principales enfermedades de larga evolución diagnosticadas por un médico en población mayor de 14 años son: tensión alta (36,9%); colesterol alto (32,7%); dolor de espalda crónico cervical (31,5%); artrosis, artritis o reumatismo (36,2%); alergia crónica, asma crónica excluida (21,5%); dolor de espalda crónico lumbar (37,1%); diabetes (13,9%); otras enfermedades cardíacas (13,5%); migraña o dolor de cabeza frecuente (16,5%); bronquitis crónica, enfisema y EPOC (7,6%).

En España, las enfermedades crónicas han adquirido un papel protagonista. Esto se debe al aumento de la esperanza de vida, los avances en la medicina y en la atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida, promotores de la salud y bienestar.

*La Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social,² define la discapacidad como la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten su actividad, así como su participación plena y efectiva en la sociedad. Es resultado de la interacción entre el individuo con una determinada condición de salud y sus factores personales y ambientales⁴.

El ser humano, un individuo susceptible de ser vulnerable

En relación al modelo de vulnerabilidad según la propuesta de Rogers⁵, la vulnerabilidad se puede interpretar como la susceptibilidad de padecer problemas de salud o un

empeoramiento de la misma. Este concepto también implica peligro o amenaza para la persona, pudiéndose tratar de una realidad concreta o de una amenaza percibida.

La vulnerabilidad expresa tanto la exposición al riesgo, como la capacidad que tiene el individuo para hacerle frente con sus propios recursos. Es decir, cuanto mayor es la exposición al riesgo y menor es la capacidad de la persona para afrontarlo (con recursos tanto personales, como ambientales), más vulnerable es. Además, el grado de vulnerabilidad se ve influenciado por la percepción del propio individuo.⁵

En el marco de la salud, la población considerada vulnerable, es aquella con alto riesgo potencial de experimentar un empeoramiento de su salud física, psicológica y/o social. Aunque la población general tiene riesgo de tener un empeoramiento de la salud, existen ciertos grupos de individuos con factores de riesgo definidos que aumentan su susceptibilidad de ser vulnerables, como pueden ser los indigentes, refugiados, niños, ancianos y personas con enfermedades crónicas, entre otros.⁵

Existen diferentes maneras de clasificar los factores de riesgo para la vulnerabilidad. En este caso distinguimos factores de riesgo modificables y no modificables, así como factores de riesgo personales y ambientales.⁵

- **Factores de riesgo modificables y no modificables:**

En relación a los factores de riesgo modificables encontramos algunos ejemplos, como: la pobreza, bajo nivel educativo, bajo apoyo social o escasos recursos personales. Son calificados como no modificables: la edad, el sexo y la etnia, entre otros. Intervenir sobre los factores de riesgo modificables podría disminuir potencialmente el grado de vulnerabilidad de la persona y mejorar su estado de salud.⁵

- **Factores de riesgo personales y ambientales:**

Por un lado, Rose & Killen (1983)⁶ conceptualizaron la vulnerabilidad como una característica del individuo o factor personal. Dichas características pueden ser innatas (predisposición genética a una enfermedad, sexo, raza...) o adquiridas (como resultado de las experiencias de la persona, sus miedos y habilidades...). Ambas características influyen en las habilidades de la persona para tolerar o no el estrés, y de qué manera responder ante él. Lessick et al. (1992)⁷ sugieren que estas características determinan los límites de la vulnerabilidad del individuo. Los límites son propios de cada persona. Si el nivel de la vulnerabilidad se mantiene por debajo de dicho límite, la persona es capaz de

adaptarse a la situación estresante. Sin embargo, cuando el límite de la vulnerabilidad es excedido, la persona puede contraer una enfermedad.

Por otro lado, Rose & Killien (1983)⁶ consideraron que hay factores en el ambiente que son un riesgo potencial para que el individuo sea vulnerable. Dichos factores ambientales son tanto el ruido o la polución, como la falta de apoyo social por parte de la familia, los amigos o la comunidad.

- Interacción individuo- entorno

C.A Philips (1992)⁸ consideró que la vulnerabilidad no se trataba sólo de características personales o del ambiente, se trataba de la interacción individuo- entorno. Cuando se quiere determinar el nivel de vulnerabilidad de la persona, hay que considerar ambos factores, tanto los personales como los ambientales.

- Otros factores para la vulnerabilidad

Además, como hemos nombrado anteriormente, el grado de vulnerabilidad también depende de la percepción del individuo. Esta percepción puede generarle a la persona ansiedad y estrés, lo cual altera más su funcionamiento físico, psicológico y social. Del mismo modo, las personas que están experimentando una situación crítica o estresante son también vulnerables, con un alto riesgo de caer enfermos.⁵

Habitualmente, una alteración de la salud en cualquiera de sus dimensiones (psicológica, fisiológica o social), conlleva a problemas en otras áreas. Un ejemplo sería aquella persona que tras ser diagnosticada de una enfermedad crónica, y por su alto grado de vulnerabilidad, pudiese desarrollar una depresión, que derivase en una situación de desempleo y reducción de sus ingresos.⁵

Teoría de las transiciones según la propuesta de Afaf Ibrahim Meleis⁹

La transición es el paso de una etapa, condición o estado, a otro. Se puede clasificar en tres tipos: transición del desarrollo, salud- enfermedad y situacional- organizativa. La primera incluye el nacimiento, la adolescencia, la menopausia, el envejecimiento y la muerte. La transición de salud- enfermedad implica procesos de recuperación, alta hospitalaria y el diagnóstico de una enfermedad crónica. Las transiciones organizativas hacen referencia a cambios en el entorno, que afectan a la vida de las personas.⁹

Son propiedades de la transición: la conciencia, definida como la percepción y reconocimiento que tiene la persona de la experiencia de transición que está viviendo; y el compromiso, que se refiere al grado de implicación de la persona en el proceso inherente a la transición. Esto no tiene lugar hasta que la persona es consciente de la transición que está experimentando. Además, todas las transiciones comportan cambios que pueden estar relacionados con alteraciones en los roles de la persona, sus relaciones, patrones de conducta, etc. El tiempo también es una propiedad de las transiciones. Todas las transiciones son fluidas y se mueven en el tiempo. Según la afirmación de Bridges (1980 y 1991)¹⁰, en la Teoría Intermedia de las Transiciones, transición se define como un tiempo con un punto de partida identificable, que se inicia con los primeros signos de anticipación o percepción de cambio, continuando por un periodo de inestabilidad, confusión o estrés, y finalizando con un nuevo inicio o periodo de estabilidad. El intervalo de tiempo se extiende desde la primera anticipación de la transición, hasta que se logra estabilidad en el nuevo estado.^{9,10}

Una característica importante de la transición es que es esencialmente positiva. La terminación de una transición implica que la persona ha alcanzado un periodo de mayor estabilidad con respecto a como estaba antes. Existen condiciones de la transición que facilitan o impiden el progreso de la persona hacia una transición saludable. Las interacciones individuo- entorno, son consideradas condicionantes de la transición. Por tanto, transición se refiere tanto al proceso, como al resultado de las interacciones individuo- entorno.⁹

El profesional de enfermería interviene en las transiciones de los individuos cuando éstas se relacionan con la salud y la enfermedad, o cuando las respuestas a la transición se manifiestan en comportamientos relacionados con la salud.⁹

¿Qué rol tiene el profesional de enfermería en las transiciones salud- enfermedad?

La preparación para la transición se considera una terapéutica enfermera. Dado que la transición es esencialmente positiva, la enfermera puede facilitar el proceso para que sea saludable. En primer lugar, la enfermera ha de identificar el tipo de transición. En nuestro caso se trata de aquella que experimenta la persona tras ser diagnosticada de una enfermedad crónica. Este sector poblacional experimenta una transición que generalmente cursa con síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión.^{5,9}

En segundo lugar, la enfermera puede valorar si la persona es consciente del proceso en el que se encuentra. Asimismo, es importante entender de qué manera lo está percibiendo el individuo. Las transiciones son experimentadas de manera diferente por las personas. Para que el cuidado enfermero sea eficaz, se ha de tener en cuenta cómo la transición y los eventos asociados son percibidos por la persona que los experimenta, siendo esta información relevante para planificar la intervención. En dicha valoración, otro aspecto interesante a explorar, es el compromiso o grado de implicación de la persona en el proceso de transición. Esto influye en las respuestas de la persona a los problemas de salud y en los tipos de medidas adoptadas frente a dichos problemas (reales o potenciales). Por tanto, la motivación de la persona es un factor fundamental para la aceptación de las intervenciones propuestas por la enfermera u otros profesionales sanitarios. Además, atendiendo a la propuesta de Rogers, la enfermera ha de identificar qué factores personales y ambientales condicionan la transición, y si lo hacen de manera favorable o desfavorable para la persona. Esto permitirá conocer el grado de vulnerabilidad de la persona para padecer una transición no saludable. El logro de objetivos relacionados con la salud, dependerá de los cambios que se produzcan en los factores de riesgo modificables que interfieren en la interacción individuo- entorno.⁵⁻¹⁰

Propuesta de intervención enfermera para una transición saludable

La propuesta de la presente revisión de la literatura es la incorporación de la intervención enfermera (NIC) “meditación”¹¹, para dotar de mayores recursos a la persona, que le sirvan para transitar o incorporar nuevos cambios a su nueva identidad y forma de vida, de la forma más saludable posible. Es importante prestar especial atención a aquellas personas vulnerables de sufrir una transición perjudicial.

Esta intervención se basa en la terapia basada en Mindfulness o Atención Plena, que ha demostrado ser una herramienta eficaz para la disminución de los síntomas de estrés, ansiedad y/o depresión en personas diagnosticadas de una enfermedad crónica. Puede tratarse de una intervención preventiva o terapéutica, ya que se dota a la persona de esta herramienta para prevenir el desarrollo de la sintomatología descrita, o para controlarla si ya ha acontecido. Por tanto, esta intervención proporciona a la persona herramientas para relacionarse con su enfermedad y las consecuencias que ésta tiene sobre su vida, de una manera más adaptativa. Mejora sus recursos personales, un factor personal que se modifica y que, por consiguiente, afecta a su interacción con el entorno positivamente.^{5,8,11,12}

Cabe destacar que la intervención basada en Mindfulness responde a algunas de las propuestas del *Tidal Model* (Barker P, et al. 2001).¹³ Se trata de un modelo de recuperación de salud mental, que proporciona un marco de práctica para la exploración de la necesidad del paciente por la enfermería, y la provisión de cuidado individualmente adaptado. Este modelo considera que es importante el empoderamiento de la persona. Defiende que el empoderamiento tiene su origen en las propias capacidades del individuo, que hay que potenciar y desarrollar. La TBM persigue esa idea. Además, *Tidal Model* apoya el concepto “cuidar con” la persona y no “de la persona”. Una vez más, la intervención propuesta permite dicho cuidado, siempre y cuando la persona esté motivada para formar parte del programa Mindfulness y comparta los objetivos con el terapeuta.¹³

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

En España, el consumo de hipnóticos y ansiolíticos se ha disparado en los últimos años. Según el informe EDADES del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, el porcentaje de personas que ha tomado algún fármaco hipnosedante ha pasado del 5,1% en 2005 a un 12,2% en 2013.¹⁴ Uno de los desafíos de nuestro Sistema Sanitario es hacer posible un modelo basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y no en un modelo centrado en la curación de las enfermedades. Esto permite incrementar el esfuerzo preventivo y la capacidad de las personas para manejar y afrontar los procesos que limiten su bienestar.¹⁵

Para el abordaje de los problemas de salud mental, la OMS recomienda el no tratamiento con fármacos a aquellas personas cuyas reacciones emocionales no sean graves e incapacitantes, proponiendo el uso de psicoterapias como primera opción de tratamiento y la combinación de estas terapias con fármacos, como segunda opción.¹⁶

En este contexto, la enfermería tiene un papel relevante. Según la LOPS (art.7), corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.¹⁷

Atención Primaria constituye un ámbito asistencial privilegiado para contribuir a cambiar la forma en que cada persona cuida de su salud y se compromete con ella. Los centros de atención primaria (AP) pueden ser un entorno apropiado para llevar a cabo programas de Mindfulness o Atención Plena, por varios motivos. Es habitual la frecuentación de estos centros por personas con enfermedades físicas crónicas ya que son lugares de rápido

acceso, que garantizan la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, y donde la atención proporcionada persigue una perspectiva biopsicosocial. Además, el profesional de enfermería tiene la oportunidad de conocer a este grupo poblacional con precisión y valorar si este tipo de terapias es pertinente para su cuidado. Cabe añadir, que la terapia basada en Mindfulness puede impartirse de forma grupal, y los centros de AP suelen disponer de espacios para ello.

¿Qué es Mindfulness o Atención Plena?

Mindfulness es una elección de tratamiento no farmacológico relativamente reciente. Fue desarrollado por John Kabat- Zinn en 1979. Lo define como: “Prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”. Se basa en principios de meditación Budista. Desde hace 30 años se está produciendo un cambio en la Medicina y Psicología Occidental, con la integración de esta práctica meditativa de raíces orientales.¹⁸

Mindfulness es el proceso por el que se conduce a un estado mental de conciencia del momento presente, sin juzgar la experiencia percibida en el momento. Dicha experiencia incluye sensaciones, pensamientos, estados corporales, curiosidad y aceptación. Por un lado, experimentar el momento presente, sin prejuicios y abiertamente, puede contrarrestar el estrés generado por la orientación de los pensamientos hacia el pasado y futuro, permitiendo a la persona ver su condición de salud de una manera que provoque menos ansiedad. Por otro lado, favorece que no se lleve a cabo la conducta de evitación, considerada una estrategia de afrontamiento desadaptativa.¹⁹

Distinguimos el programa MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) y MBCT (Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness). MBSR es un programa que interviene especialmente en la comprensión y reducción del estrés y la ansiedad,¹⁸ mientras que MBCT se desarrolló especialmente para prevenir recaídas en depresión recurrente. No obstante, los beneficios aportados por la terapia MBCT hacia la comprensión profunda de los factores que causan malestar psicológico, ha permitido que su ámbito de aplicación también se dirija a la población general.²⁰

MBSR fue desarrollado por John Kabat- Zinn en 1979 y, desde entonces, se ha convertido en un referente en psicología. Habitualmente se trata de una intervención que sigue un protocolo. El programa suele llevarse a cabo de forma grupal, y requiere 8 sesiones de 2.5 horas a la semana. Los contenidos de las diferentes sesiones incluyen prácticas de atención plena. Se trabaja desde la experiencia personal de las prácticas, que permite a la

persona explorar el funcionamiento de la mente, así como aprender a gestionar sus pensamientos y emociones, potenciando sus habilidades. La intervención utiliza tres técnicas principalmente: ²¹

- El escáner corporal, donde los individuos son guiados para poner atención en la respiración y en cada parte de su cuerpo, sin juzgarse.
- La práctica de respiración lenta y profunda, involucrada en la meditación consciente. Favorece el alivio de los síntomas corporales generados por la ansiedad y estrés, tratando de recuperar el equilibrio de las respuestas simpáticas y parasimpáticas.
- La meditación sentada y los ejercicios de Yoga.²¹

Además de asistir a las sesiones, los participantes deberán practicar a diario de manera formal en el propio entorno de la persona, 6 días a la semana, durante 30 minutos aproximadamente. Generalmente se proporcionan CDs de audio y material de meditación guiada y yoga, para apoyar la práctica en el hogar. Igualmente, los participantes deberán llevar a cabo una práctica informal de ser conscientes durante las actividades de la vida diarias, como comer o asearse de manera consciente. ²²

MBCT integra las prácticas de Mindfulness con la ciencia cognitiva. El programa fue desarrollado por Segal et al. (2002) y se basa en el programa MBSR, por lo que sigue una estructura muy similar a la anteriormente descrita para dicho programa. Además de las técnicas provenientes de MBSR, el MBCT incluye técnicas cognitivo-conductuales. MBCT es una herramienta especialmente útil para personas con tendencia a pensamientos negativos y repetitivos, que generan ansiedad, depresión o bajo estado de ánimo. Invitan a la persona a identificar y comprender los pensamientos que causan las emociones y conductas problemáticas, sin huir de ellos. A diferencia de las terapias cognitivas clásicas, centradas en cambiar el contenido de los pensamientos disfuncionales, la intervención MBCT pretende que la persona se relacione de otra manera con ellos. Aprenden a identificar y reconocer los síntomas de ansiedad y depresión o estado bajo de ánimo, así como los factores desencadenantes para después responder ante ellos de manera eficaz cuando surgen en la vida cotidiana. ²⁰

Mindfulness invita a las personas a responsabilizarse del cuidado de su salud y bienestar, y contribuir a la reducción de estrés físico y mental asociado a estados de desequilibrio, sufrimiento y enfermedad. Estudios demuestran que Mindfulness es eficaz para ayudar a

tratar, junto a tratamientos médicos y psicológicos, a personas que sufren desafíos tales como dolor crónico, cáncer, asma o enfermedades cardiovasculares, así como síntomas de estrés, ansiedad y depresión, que puedan estar asociados. ²³

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la evidencia actual con respecto a la eficacia de la terapia basada en Mindfulness, para la reducción del estrés, la ansiedad y los síntomas de depresión, en las enfermedades físicas crónicas más prevalentes.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de implicación de la enfermería en las intervenciones basadas en Atención Plena.
- Explorar la efectividad de la intervención enfermera (NIC) “meditación” basada en Mindfulness, para prevenir o disminuir los síntomas anteriormente nombrados, y dar respuesta a los NOC: motivación, afrontamiento de problemas y estado de comodidad psicoespiritual, de la población de estudio.
- Analizar las diferencias individuales que puedan intervenir en la efectividad del programa Mindfulness.

METODOLOGÍA

Estamos ante una revisión narrativa de la literatura.²⁴ Permite reunir la evidencia disponible con respecto a las cuestiones planteadas. Para ello es necesario un proceso de recuperación de información que requiere un estudio comprensivo e interpretación. La revisión narrativa se trata de un procedimiento estructurado que utiliza el método científico, siguiendo la estructura IMRYD. No obstante, no alcanza el rigor aplicado a una revisión sistemática de la literatura.

La pregunta de indagación quedó estructurada según la estrategia PICO como recomienda Aveyard H.²⁴: ¿Es efectiva la práctica de Mindfulness en el control de la ansiedad y el estrés asociado a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el adulto?

A partir de la pregunta PICO y sus elementos clave, se definieron los términos de búsqueda en lenguaje libre. Posteriormente, fueron traducidos a lenguaje controlado después de buscarlos en el tesoro propio de cada base de datos (Anexo 1). Una vez se obtuvieron dichos términos, se elaboraron las estrategias de búsqueda (Anexo 2).

Las bases de datos que fueron utilizadas son: PubMed, CINAHL, Cochrane Library, PsycInfo y CUIDEN. Con el propósito de concretar la búsqueda, se utilizaron filtros como: fecha de publicación (2012-2017), población adulta (>18 años) e idioma (inglés o español). En las búsquedas realizadas en la base de datos PsycInfo se incluyeron artículos de 2007- 2012 por el interés en su contenido. No se escogieron aquellos que superaban más de 10 años de antigüedad.

Para la selección de los documentos encontrados, se contemplaron como criterios de inclusión que el título y el resumen estuvieran relacionados con: Mindfulness, enfermedades crónicas (cáncer, diabetes mellitus, dolor crónico, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias), ansiedad, estrés o síntomas depresivos y, si fuese posible, la enfermería. Se excluyeron aquellos artículos enfocados a la aplicación de Mindfulness en pacientes con trastornos de salud mental (trastorno bipolar, depresión mayor, TOC, etc). También quedaron excluidos aquellos documentos que proponen la práctica de Mindfulness por personal sanitario para su propio beneficio, como la reducción de *burnout*. Por último, se seleccionaron aquellos documentos que tras su lectura completa y crítica tuvieran relación con los objetivos específicos de nuestra

pregunta de investigación. Para la lectura crítica de los artículos se hizo uso de herramientas como las plantillas CASPe ²⁵ (Anexo 3).

Los estudios que se incluyeron en nuestro análisis fueron elaborados principalmente desde un paradigma cuantitativo. Sin embargo, también se consideró importante la inclusión de algún trabajo elaborado desde una perspectiva cualitativa, para conocer de qué manera experimenta el paciente un cambio en su afrontamiento de la enfermedad tras llevar a cabo la práctica de Mindfulness.

RESULTADOS

Tras la búsqueda realizada y descrita en el apartado “Metodología”, se obtuvieron un total de 43 artículos. Después de su lectura completa, se escogieron 14 artículos considerados pertinentes para responder a la pregunta de investigación. Esta información aparece reflejada en una tabla (Anexo 2).

El Anexo 4 recoge los artículos seleccionados para el análisis, con información brevemente descrita relativa al año de publicación, autores, objetivo, métodos y resultados. Los artículos aparecen ordenados por año de publicación.

A continuación, se presentan los resultados que responden a las preguntas de investigación planteadas, estructuradas en relación a los siguientes temas: (a) Efectividad de la Terapia Basada en Mindfulness o Atención Plena para reducir los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en individuos con algunas de las enfermedades físicas crónicas más prevalentes; (b) Análisis de las diferencias individuales que pueden intervenir en la efectividad de un programa MBSR; (c) Cambios personales acontecidos durante el programa Mindfulness.

Efectividad de la Terapia basada en Mindfulness o Atención Plena para reducir los síntomas de estrés, ansiedad y depresión en individuos con algunas de las enfermedades físicas crónicas más prevalentes:

En el abordaje de las enfermedades crónicas, la Terapia Basada en Mindfulness (TBM) ayuda a los pacientes a relacionarse de otra manera con el dolor, los síntomas depresivos, la ansiedad y el estrés, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes y aumenta su bienestar. Uno de los objetivos del programa MBSR es que los participantes tomen

conciencia de sí mismos, de sus pensamientos y su cuerpo, con la ayuda de la meditación, el yoga, técnicas de respiración y el escáner corporal, entre otros ejercicios.

G. Hofmann S.G, et al. (2010),²⁶ llevaron a cabo una revisión sistemática con metaanálisis en la que analizaron 39 estudios con un total de 1.140 pacientes, que recibieron MBT para la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en múltiples estados de salud, incluyendo cáncer, síndrome de ansiedad generalizada, depresión y otras condiciones médicas y psiquiátricas. Observaron que, para los individuos con afecciones médicas crónicas, la TBM tuvo un tamaño del efecto moderadamente fuerte en la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, ya fuesen niveles altos o bajos. Estos resultados sugirieron que la TBM mejora los síntomas de ansiedad y depresión en un rango relativamente amplio de gravedad, y cuando están asociados con otros trastornos como enfermedades físicas crónicas, por ejemplo, cáncer o dolor crónico.²⁶

En la revisión sistemática desarrollada por Demarzo MMP, et al. (2015),²⁷ se analizaron 6 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaron el efecto de la TBM en pacientes adultos de AP. Los resultados obtenidos en el estudio reflejaron la eficacia de la TBM para mejorar la salud mental y calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, atendidos en centros de atención primaria (AP). Aunque las diferencias eran pequeñas, el impacto de la TBM fue mayor para mejorar la salud mental que la calidad de vida. Dado que los resultados preliminares de la investigación fueron prometedores, los autores sugirieron la adaptación de estas intervenciones a las necesidades y cultura de los pacientes en el entorno de Atención Primaria. Esto podría proporcionar un beneficio relativamente mayor de la TBM en este contexto.²⁷

Hofmann S.G, et al. (2010)²⁶ y Demarzo M.M.P, et al. (2015)²⁷ compararon el tamaño del efecto antes y después del tratamiento con las terapias MBCT y MBSR, y concluyeron que son igualmente eficaces para reducir los síntomas de ansiedad y depresión en la población de estudio.^{26,27} De la misma manera, el efecto de las TBM para el abordaje de ciertas enfermedades crónicas presentes en pacientes de AP, era similar al obtenido con otras terapias farmacológicas y psicológicas. En una revisión sistemática con metaanálisis de estudios controlados aleatorizados, que estudiaba la eficacia de la TBM frente a un grupo control activo, Goyal M, et al. (2014),²⁸ exponían que Mindfulness disminuía los síntomas de depresión, ansiedad y dolor, al igual que lo hacían la TCC (Terapia Cognitivo Conductual), otras terapias cognitivas o los fármacos. Futuras líneas de

investigación podrían considerar la preferencia del paciente y el terapeuta, así como la aceptabilidad del tratamiento.

Diabetes

Tovote KA, et al (2014)²⁹, emprendieron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la Terapia Cognitiva individual basada en Mindfulness (MBCT) y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), en pacientes con diabetes tipo 1 y 2, con síntomas depresivos (según el Inventario de Depresión de Beck). La muestra se compuso de 94 individuos que dieron su consentimiento y fueron aleatorizados en tres grupos: 31 participantes formaron parte del programa MBCT, 32 acudieron a la TCC y 31 personas, conformaron el grupo control o lista de espera. Entre los participantes de los programas MBCT y TCC, 9 individuos no completaron la intervención. Algunas de las razones por las que abandonaron el programa fueron: falta de tiempo, agravamiento de la enfermedad, falta de motivación por participar y un empeoramiento de los síntomas depresivos después de participar en las primeras sesiones del programa (lo cual le sucedió a un único individuo). Por tanto, finalmente hubo 85 personas que completaron cuestionarios y entrevistas, antes y después de la intervención. Se valoraron aspectos como los síntomas depresivos, la ansiedad o el estrés relacionado con la enfermedad. Para ello se hizo uso de herramientas tales como: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D7), para evaluar síntomas de depresión; el Índice de Bienestar (WHO- 5), para evaluar el bienestar emocional; y la Escala de las Áreas Problemáticas en la Diabetes (PAID), para evaluar el malestar relacionado con la diabetes.

Las intervenciones, MBCT y TCC, son utilizadas para disminuir los síntomas de depresión. Ambas se realizaron de manera individual, en sesiones semanales de 45-60 minutos, durante 8 semanas. Los participantes aprendieron ejercicios que debían practicar en su propio hogar, mínimo 30 minutos al día, 6 veces a la semana. Ambas terapias fueron dirigidas por terapeutas entrenados. MBCT se basó en el protocolo propuesto por Segal et al. (2002) y la TCC, en la propuesta de Beck et al. (1979). Los autores comprobaron que las personas con diabetes tipo 1 y 2 que recibieron MBCT y TCC, disminuyeron considerablemente sus síntomas de depresión en comparación con los pacientes que formaban parte de la lista de espera para recibir este tipo de terapias (grupo control). Asimismo, ambas intervenciones tuvieron efectos estadísticamente significativos sobre el control de la ansiedad, la angustia por diabetes y el aumento del bienestar de la persona. Los resultados de la investigación no aportan evidencia sobre una posible disminución de

los valores de HbA1c o hemoglobina glicosilada. Finalmente, los autores sugirieron que las dos intervenciones (MBCT y TCC) siguieron un protocolo de actuación y demostraron ser igual de válidas, sin que ninguna aportase mejores resultados que la otra. Esto permite ofrecer al paciente con diabetes dos alternativas no- farmacológicas diferentes e igualmente eficaces.²⁹

Enfermedades respiratorias (EPOC)

Numerosos estudios han evaluado la eficacia de intervenciones no farmacológicas para el control de los síntomas de ansiedad y depresión en las personas con EPOC. Algunos ejemplos de estas intervenciones son: entrenamiento en resolución de problemas, apoyo al autocuidado, TCC, MBSR (Reducción de Estrés Basada en Mindfulness), fisioterapia, ejercicio y educación sobre EPOC, clases de Tai Chi, rehabilitación pulmonar, etc. Panagioti M, et al. (2014),³⁰ en su revisión sistemática, hizo énfasis en los beneficios de las intervenciones no farmacológicas anteriormente nombradas. Los resultados de su estudio determinaron que los efectos agrupados de las intervenciones indicaron pequeñas, pero significativas mejoras en la disminución de la ansiedad y depresión. La mayoría de las actividades fueron impartidas por profesionales de enfermería. Entre las intervenciones analizadas, destacó la rehabilitación multicomponente ya que, con o sin soporte psicológico, fue considerada la técnica que más beneficios obtuvo para la reducción de la ansiedad y depresión en pacientes con EPOC. Los componentes de la rehabilitación pueden variar, pero normalmente incluyen: la realización de ejercicio supervisado, asesoramiento para el autocuidado y educación sobre la enfermedad, durante un mínimo de 6 semanas. Las intervenciones psicológicas como MBSR y TCC, también podrían proporcionarse en el contexto del autocuidado de la rehabilitación multicomponente, haciendo énfasis en la promoción de comportamientos adaptativos. La meditación y atención plena están asociadas con beneficios de salud mental y es aceptada entre las personas con condiciones a largo plazo, pero su eficacia entre los pacientes con EPOC aún no ha sido confirmada. Estudios demuestran que las intervenciones psicológicas podrían ser eficaces para mejorar la salud mental de los pacientes con EPOC, y se clasifican como preferibles a las terapias con fármacos por los pacientes. Adicionalmente, se han recomendado intervenciones psicológicas con o sin medicación para controlar la depresión y la ansiedad en la EPOC. Hasta la fecha, los niveles de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones farmacológicas en la reducción de la depresión y la ansiedad en la EPOC, también son limitados.

Las futuras investigaciones podrían determinar la eficacia de la prestación de intervenciones psicológicas junto con la rehabilitación pulmonar multicomponente, para el abordaje de problemas de salud mental comunes en pacientes con EPOC.³⁰

Dolor crónico

Diferentes estudios han justificado que MBSR tiene efectos significativos en la vida de las personas con dolor crónico. Dichos efectos habitualmente no se relacionan con cambios en la intensidad del dolor, sino con el impacto que genera en la vida cotidiana del individuo. La Cour P, et al. (2015),³¹ llevaron a cabo un ECA con el objetivo de explorar si las intervenciones basadas en Mindfulness tienen efectos sobre el control del dolor crónico. Un total de 109 pacientes con dolor crónico no específico, fueron aleatorizados en un programa Mindfulness (MBSR) o en un grupo control (lista de espera). Se midieron el dolor y su aceptación, la función física y mental, así como la calidad de vida relacionada con la salud. Para la medición de los resultados primarios, en base a estos parámetros, se escogió la escala de vitalidad SF-36. Del total de la muestra, 43 pacientes asignados al azar completaron el programa de atención plena, mientras que 47, permanecieron en el grupo control. El número restante de individuos abandonaron el curso o el grupo de lista de espera. Cabe decir, que entre los pacientes que interrumpieron la participación en el curso, al menos dos experimentaron fuertes sentimientos de ira hacia su condición de dolor y al menos otros dos, experimentaron una mayor ansiedad del mismo. Los datos obtenidos se compararon al inicio (después de completar el curso o período de espera) y después de 6 meses (período de seguimiento). Los autores observaron cambios significativos al comparar el grupo control, con el grupo experimental. El grupo experimental presentó una disminución del nivel de ansiedad, una mayor capacidad para controlar el dolor, una mayor aceptación del dolor para continuar con sus actividades de la vida diaria, y mayor bienestar psicológico (con menos síntomas de depresión). Las puntuaciones obtenidas al medir estas variables antes de la intervención, fueron significativamente diferentes de las registradas al acabar el programa MBSR. No obstante, en la evaluación de seguimiento, las puntuaciones registradas no fueron significativamente diferentes de las reflejadas en el estudio justo después del programa MBSR.

Autores como Gotink R.A, et al. (2015)³² emprendieron un metaanálisis, con el objetivo de determinar la efectividad de MBSR y MBCT en los diferentes grupos de pacientes con los que se está llevando a cabo esta intervención, así como identificar para qué

condiciones médicas es más indicada. En relación a las personas con dolor crónico, incluyeron en su estudio cuatro revisiones sistemáticas que incorporaban 22 ECAs. Los resultados que se obtuvieron tras analizar dichos estudios mostraron que el grupo experimental (integrante de un programa Mindfulness), en comparación con el grupo control (lista de espera), logró un mayor control y aceptación del dolor, de la misma forma que hubo una disminución de la incapacidad que genera. Además, hubo mejoras en los síntomas depresivos, pero no se identificaron cambios con respecto a la ansiedad o calidad general de vida. Asimismo, los autores concretaron que MBSR mejoró los síntomas depresivos en los pacientes con fibromialgia. Crowe M, et al. (2016),³³ en su revisión sistemática, incluyeron estudios cuyos resultados reflejaron que un grupo de personas con fibromialgia, que formaron parte de un programa MBSR de 8 semanas de duración, obtuvieron un mejor control del dolor.

G. Hofmann S.G, et al. (2010),²⁶ en su revisión sistemática, aportan resultados con un tamaño del efecto moderado a favor de las terapias basadas en Mindfulness, para la reducción de la ansiedad en pacientes con dolor crónico.

Enfermedades cardiovasculares (ECV)

Autores defienden que las terapias MBSR y MBCT han demostrado tener efectos moderados para el control de los síntomas de la depresión, ansiedad y estrés, al igual que una disminución de la tensión arterial, en personas con enfermedades cardiovasculares. Gotink R.A, et al. (2015),³² incluyeron en su revisión sistemática estudios como el realizado por Tacon et al. (2003), donde analizaron la eficacia de MBSR para reducir la ansiedad en un grupo de 19 mujeres diagnosticadas de una enfermedad cardiovascular. Nueve de las mujeres formaron parte de un grupo experimental que completó el programa MBSR, y las nueve mujeres restantes formaron parte de un grupo control, que estaba en lista de espera para entrar en el programa. El inventario STAI (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) se utilizó para medir los niveles de ansiedad y la escala CECS (Courtauld Emotional Control Scale), para medir en qué grado las mujeres disminuyeron emociones negativas como la tristeza, la ira y la ansiedad. Los estilos de afrontamiento fueron medidos por otra escala PF- SOC (Problem- Focused Styles of Coping), que determinó qué pacientes respondían al estrés de una forma reactiva, reflexiva o de evitación/supresión. Ambos grupos de pacientes completaron dichos formularios pre y post- intervención. Los resultados obtenidos en las escalas STAI y CECS mejoraron satisfactoriamente en este grupo de mujeres tras participar en el programa MBSR. Esto

indica que MBSR fue efectivo para la reducción de la ansiedad y control de emociones negativas (lo cual fue considerado un resultado positivo para el control de la enfermedad cardiovascular). El PF-SOC reveló que las mujeres con un estilo de afrontamiento reactivo disminuyeron su impulsividad tras participar en el programa MBSR. Estos cambios no fueron tan evidentes en las mujeres cuyos estilos de afrontamiento tenían tendencia a la supresión y reflexión. De la misma manera, se observó que MBSR fue más eficaz para las mujeres cuyo estilo de afrontamiento era reactivo. Futuras investigaciones podrían determinar por qué las mujeres con dicho estilo de afrontamiento respondieron de manera diferente a MBSR, que el resto de mujeres.³²

La revisión sistemática llevada a cabo por Klainin- Yobas, et al. (2015),³⁴ también tuvo como objetivo examinar la evidencia que apoya la eficacia de las intervenciones psicosociales en las personas con ECV. Las intervenciones psicosociales comunes adoptadas para los pacientes con ECV incluyen la educación, el manejo del estrés (MBSR), la terapia de relajación (como ejercicios respiratorios y musicoterapia) y el asesoramiento. De los 30 estudios incluidos, 18 encontraron mejoras estadísticamente significativas a corto plazo en el control del estrés, la ansiedad, la depresión y la combinación depresión- ansiedad, una vez los participantes hubieron completado los programas de intervenciones psicosociales. El promedio de los tamaños del efecto a favor de este tipo de terapias para disminuir el estrés y la depresión fueron medios, mientras que la ansiedad tuvo un promedio del tamaño del efecto grande. Las intervenciones psicosociales que tuvieron efectos positivos estadísticamente significativos para la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión sobre los pacientes con ECV, fueron los programas psicosociales con psicoeducación (utilizando la TCC y Teorías de aprendizaje social) o manejo del estrés (como intervenciones basadas en Atención Plena). Sin embargo, un análisis de los tipos de intervenciones empleadas en estos estudios reveló que se centraban más en el uso de la psicoeducación, que en proporcionar a los individuos herramientas para el control del estrés. No obstante, aquellas intervenciones con efectos positivos significativos sobre el control del estrés, no mantuvieron dichos resultados en las evaluaciones de seguimiento (es decir, seguimiento a los 4, 6 y 12 meses). Se llevaron a cabo evaluaciones de seguimiento en 13 de los 30 estudios incluidos, para examinar los efectos a largo plazo de las intervenciones psicosociales. Estos 13 estudios usaron el estrés, la ansiedad, la depresión y la combinación depresión- ansiedad como variables de resultado. Sólo tres estudios exploraron efectos significativos tras las evaluaciones de

seguimiento. Los 10 estudios restantes no encontraron efectos significativos de las intervenciones psicosociales a largo plazo.

Cáncer:

Los pacientes con cáncer pueden sufrir problemas físicos como dolor, debilidad o náuseas, y problemas psicológicos como ansiedad, depresión, estrés y sufrimiento espiritual. Todo esto puede alterar su calidad de vida. Desde una perspectiva psicológica de la enfermedad, las intervenciones basadas en atención plena, pueden ser efectivas.

El estudio cualitativo llevado a cabo por Ando M, et al. (2009),³⁵ tuvo como objetivo evaluar la eficacia de la terapia basada en Mindfulness para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes japoneses con cáncer, bajo tratamiento médico. La muestra escogida fueron 28 pacientes mayores de 20 años, con diversos tipos de cáncer, que estaban recibiendo tratamiento contra el mismo. No se incluyeron aquellos pacientes con un mal control de la enfermedad (dolor agudo frecuente, etc). Los sujetos del estudio participaron en dos sesiones de Mindfulness. Los autores utilizaron una versión modificada del programa MBSR, consistente en una meditación cíclica. Duraba de 30 a 60 minutos cada sesión y era dirigida por un psicólogo o una enfermera. En la primera sesión, el instructor les enseñaba técnicas de respiración, yoga y meditación. Posteriormente, los individuos debían practicar a diario en casa los ejercicios que habían aprendido con la ayuda de un CD, y dos semanas después, volverían a reunirse con un entrevistador experto en el programa Mindfulness (enfermera o psicólogo). Los pacientes tuvieron que completar cuestionarios pre y post- intervención sobre ansiedad y depresión. Entre los resultados obtenidos, fueron estadísticamente significativos aquellos a favor de Mindfulness para la disminución de la ansiedad o depresión. Esto se ve reflejado en la disminución de las puntuaciones de la escala HADS (escala de ansiedad y depresión hospitalaria, traducida al japonés y adaptada para ser utilizada en Japón), que después de la intervención mostraba cómo la meditación cíclica basada en la atención plena, disminuyó la ansiedad y la depresión en los pacientes japoneses con cáncer. Por lo tanto, los resultados del estudio proporcionan una orientación útil para futuras investigaciones a favor de intervenciones basadas en Mindfulness, como una terapia que puede ser eficaz para reducir la ansiedad y la depresión en este tipo de pacientes. No obstante, se trata de un breve estudio que sigue un proceso metodológicamente correcto, pero cuyo rigor científico es limitado, ya que la muestra utilizada es pequeña. Un estudio adicional que incluya un grupo control puede ayudar a establecer estos hallazgos con mayor claridad.

En relación a esta temática, Gotink R.A, et al. (2015) ³² incorporaron en su revisión sistemática, 11 ECAs distribuidos en dos revisiones. Los resultados adquiridos por ambos estudios, revelaron una disminución de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, así como una mejora de la calidad de vida en los pacientes con cáncer, que formaron parte de un programa MBSR. Asimismo, se observó una relación dosis- respuesta entre: el tiempo empleado en la meditación y mejora del estado de ánimo y, el número de sesiones asistidas al programa y la disminución del estrés. En este caso, se trató de un programa MBSR de 8 semanas de duración, en el que la formación se impartía una vez a la semana.

El impacto psicológico y emocional que genera el diagnóstico del cáncer sobre el paciente, también afecta a sus seres queridos, especialmente a su pareja sentimental. El estudio cualitativo elaborado por Birnie K, et al. (2009) ³⁶ evaluó el impacto de un programa MBSR, de 8 semanas de duración, en el que participaron 21 parejas que mantenían una relación sentimental. Uno de los miembros de cada pareja padecía cáncer. Se evaluaron aspectos como cambios del estado de ánimo, síntomas de estrés o capacidad de atención plena, en ambos miembros de la pareja. Para medir los resultados se hizo uso de la prueba POMS (*Profile of Mood States*) o Perfil de los Estados de Ánimo, para la medición de sentimientos, afectos y estados de ánimo. Igualmente, se utilizó la herramienta C-SOSI (*The Calgary Symptoms of Stress Inventory*), para medir los niveles de estrés. Los resultados obtenidos en ambas pruebas (POMS y C-SOSI), revelaron que previamente a la participación en el programa MBSR, la pareja tenía más síntomas de estrés que los pacientes; y los pacientes, mayor sensación de cansancio o fatiga. Los resultados determinaron una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad, depresión y fatiga en ambos miembros de la pareja. También se produjo una disminución de la tensión muscular y una mejora del patrón respiratorio ante situaciones de estrés, según el instrumento C-SOSI. Además, se evidenció un aumento estadísticamente significativo de la presencia de atención y conciencia al momento presente, en ambos miembros. Se observó que después de haber participado en el programa MBSR, había una correlación positiva entre la alteración del estado de ánimo de la pareja y el nivel de estrés de los pacientes. Si disminuía el nivel de estrés de los pacientes, se producía una menor alteración del estado de ánimo de la pareja. Por otro lado, hubo una correlación negativa entre la atención plena y la alteración del estado de ánimo; a mayor atención plena del paciente, menor alteración del estado de ánimo de la pareja. Finalmente, se contempló que del conjunto de resultados obtenidos en el estudio, MBSR tuvo un tamaño

del efecto moderado sobre la pareja y un tamaño del efecto pequeño- moderado sobre el paciente.

Análisis de las diferencias individuales que pueden intervenir en la efectividad de un programa MBSR

Las prácticas conscientes han sido enseñadas durante siglos como parte de las tradiciones budistas, contemplativas y otras tradiciones espirituales. No obstante, la filosofía de instrucción de MBSR, defiende que la atención plena puede ser fortalecida a través de la práctica de la meditación, independientemente de la tradición de fe u orientación espiritual. Por tanto, los resultados del programa MBSR deben ser eficaces entre individuos que difieren en religiosidad y espiritualidad, entre otras diferencias.³⁷

Greeson J.M, et al. (2015) ³⁷ estudiaron si las diferencias individuales en religiosidad, espiritualidad, habilidades en atención plena, sexo y edad, podrían intervenir en la efectividad de un programa MBSR para reducir los síntomas de depresión. Los participantes del estudio completaron cuestionarios estandarizados a través de Internet, antes y después de formar parte del curso MBSR de 8 semanas de duración. Los participantes debían ser mayores de 18 años y tener buen nivel de inglés. Para disminuir el riesgo de sesgo (especialmente de evaluación y deseabilidad social) los instructores de los cursos MBSR no participaron directamente en el reclutamiento de los participantes, el consentimiento o los procedimientos de evaluación. Finalmente, la muestra estuvo compuesta por 322 individuos. Los participantes eran, principalmente, mujeres de raza caucásica, con estudios universitarios, casadas y con jornada laboral completa. Del total de la muestra seleccionada, solo el 66% proporcionó datos sobre la encuesta realizada tras el programa MBSR. Casi dos tercios de la muestra informaron afiliación con una religión, mientras que las razones más comunes que les motivó a formar parte del programa MBSR, fueron: deseo de mejor manejo del estrés, mejorar la salud mental y promover el crecimiento personal y el auto-descubrimiento. Más del 40% de los participantes aprobó una motivación para explorar o profundizar su sentido de Espiritualidad. Más de la mitad de la muestra refirió una práctica previa de la atención plena, la meditación o la oración contemplativa, con una media de menos de un año de práctica. Como parte del programa MBSR, los participantes fueron instruidos para practicar entre 20-45 minutos de meditación formal diariamente, durante 6 días a la semana, además de la práctica informal de ser consciente durante las actividades diarias. El tiempo de clase semanal duró 2,5 horas. Además, el curso incluyó un retiro de

meditación de un día completo (7 horas) el fin de semana de la sexta semana. Se proporcionaron CDs de audio y materiales de meditaciones guiadas y yoga para apoyar la práctica en el hogar. Se hizo uso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para evaluar los síntomas comunes de ansiedad y depresión; la Escala Diaria de Experiencia Espiritual, para medir la experiencia subjetiva de las experiencias espirituales ordinarias, diariamente. Esta escala se eligió porque las experiencias espirituales cotidianas, caracterizadas por un sentido de auto-trascendencia, se esperaba que aumentasen con el entrenamiento en Mindfulness; la Escala cognitiva y de atención afectiva-revisada (CAMS-R), utilizada para medir cuatro aspectos propios de Mindfulness: atención, conciencia, aceptación y enfoque actual.

Los resultados mostraron una disminución de los síntomas de depresión en todos los subgrupos del estudio, una vez hubieron participado en el programa MBSR de 8 semanas de duración. La disminución de los síntomas depresivos fue similar en magnitud para la muestra completa del estudio, con la excepción de los grupos con síntomas graves de depresión. Por tanto, los resultados de los síntomas depresivos no difirieron en función de la religiosidad, el sexo, la edad o las habilidades en atención plena, propias de cada individuo. Además, se observó entre los individuos que finalizaron el programa MBSR, que los síntomas depresivos disminuidos se correlacionaron significativamente con una mayor atención plena y una mayor percepción de las experiencias espirituales. Asimismo, se observó correlación entre el aumento de la atención plena y la percepción de las experiencias espirituales.³⁷

Cambios personales acontecidos durante el programa Mindfulness

Baer R.A, et al. (2012)³⁸ emprendieron un estudio cualitativo para evaluar semanalmente los cambios percibidos por los pacientes, con respecto a sus niveles de estrés y habilidades para prestar atención al momento presente, después de haber participado en un programa basado en Mindfulness (MBSR).

Los participantes del estudio fueron matriculados en el programa MBSR de la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts y participaron en uno de los siete grupos MBSR durante el otoño de 2008 y el invierno de 2009. Todos los participantes refirieron tener niveles problemáticos de estrés relacionados con enfermedades crónicas o por motivos personales. Alrededor de la mitad de los individuos, fueron remitidos al programa por un profesional de la salud, mientras que el resto lo hicieron por su propia

voluntad. Un total de 75 participantes cumplieron formularios antes y después de haber participado en el programa, lo cual proporcionó la información necesaria para llevar a cabo la investigación. Para medir los resultados se utilizaron los siguientes instrumentos: la versión abreviada del cuestionario FFQM (*Five Facet Mindfulness Questionnaire*) para evaluar cinco facetas de la atención plena: observar, describir, actuar con conciencia, no juzgar la experiencia interior y no reactividad a la experiencia interna; la escala PSS (*Perceived Stress Scale*), que midió el grado en que situaciones del mes anterior fueron impredecibles, incontrolables y abrumadores para el individuo, generándole estrés. La práctica de la atención plena en el hogar se evaluó mediante registros semanales de tareas. Se pidió a los participantes que registraran el número de minutos de práctica diaria en el hogar, de los ejercicios de meditación formal enseñados en el programa (escáner corporal, yoga y meditación sentada). El programa MBSR fue de 8 semanas de duración, con sesiones semanales de 2.5h, para grupos de hasta 30 personas. Durante las sesiones hubo una práctica intensiva de los ejercicios principales de Mindfulness: escáner corporal, meditación sentada y ejercicios de yoga. Se invitó a los participantes a practicar estos ejercicios durante 45 minutos, 6 días de la semana, haciendo uso de grabaciones para orientar los ejercicios en el propio ambiente del individuo (como su hogar), procurando integrar las habilidades de atención plena en sus actividades cotidianas, como comer y caminar. La primera hipótesis fue que, de acuerdo con estudios previos, la participación en MBSR se asociaría con disminuciones significativas en el estrés percibido y aumentos significativos en las habilidades de atención plena. Se probó esta hipótesis examinando los cambios en la atención plena y el estrés percibido durante cada semana de la intervención utilizando las formas cortas de la FFMQ y PSS descritas anteriormente. Los resultados que se obtuvieron reflejaron una mejora significativa de las habilidades en Mindfulness tras participar en el programa, en comparación con los resultados pre-intervención. También refirieron una disminución del nivel de estrés percibido. Por tanto, estos resultados apoyaron la primera hipótesis. La segunda hipótesis del estudio fue que un cambio significativo en las habilidades de atención plena, precedería a un cambio significativo en el estrés percibido. Las mejoras en las tres primeras semanas fueron mayores para las habilidades de atención plena que para el estrés percibido. Las habilidades en atención plena mejoraron desde la 2ª semana del programa, mientras que la percepción de una disminución de los niveles de estrés no tuvo lugar hasta la 4ª semana. Después de la semana 4, tanto la atención plena como el estrés percibido mejoraron de manera constante. Los resultados sugirieron que se produjo un cambio

significativo al menos una vez, durante las 8 semanas, para todas las habilidades de atención plena (“observación, no juzgar, no reactividad, conciencia plena y descripción de las propias sensaciones”). Las puntuaciones para observar experiencias internas y actuar con conciencia, mostraron aumentos significativos entre las semanas 1 y 2, y en varios otros puntos durante la intervención. Por el contrario, las puntuaciones para las “descripciones de las propias experiencias y sensaciones” mostraron un cambio semanal significativo sólo una vez, cerca del final de la intervención, y las puntuaciones para no juzgar las experiencias internas mostraron cambios semanales significativos en las semanas 3 y 7. Así pues, la segunda hipótesis también fue respaldada por los resultados obtenidos.³⁸

El presente estudio no encontró una relación significativa entre el tiempo empleado para la práctica de atención plena en el hogar y los cambios en la atención plena o el estrés percibido. La literatura anterior sobre esta cuestión es controvertida, algunos estudios han encontrado relaciones significativas (Carmody & Baer, 2008), mientras que otros, no (Davidson et al, 2003). Por consiguiente, este asunto puede orientar futuras líneas de investigación.³⁸

DISCUSIÓN

Los resultados de los diversos estudios analizados e incluidos en la revisión narrativa, son alentadores y prometedores con respecto a la terapia basada en Mindfulness (TBM). La evidencia reunida se posiciona a favor de esta intervención para la reducción de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, en las enfermedades características de la población de estudio. Asimismo, ha demostrado tener efectos positivos en las personas con dolor crónico, aumentando su capacidad de control sobre el dolor y aceptación del mismo, lo cual favorece que la persona pueda continuar con sus actividades de la vida diaria. Además, se han observado efectos añadidos en función de la afección médica crónica. Por ejemplo, en el caso de las personas con diabetes tipo 1 y 2, se exploraron efectos estadísticamente significativos sobre el control de la angustia por diabetes y un aumento del bienestar de la persona.

Dos de los estudios analizados observaron una correlación entre el aumento de la atención plena y la percepción de las experiencias espirituales, que a su vez, se correlacionaron con una disminución de los síntomas de estrés y depresión. El cambio en las habilidades de atención plena, preceden al cambio en los síntomas de estrés y depresión percibidos.

Dichos resultados no difirieron en función de la religiosidad, el sexo, la edad o las habilidades en atención plena, propias de cada persona.

Determinados estudios demostraron que MBSR y MBCT son igualmente eficaces para la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, en el colectivo estudiado. Otros autores observaron que la TBM disminuía dichos síntomas al igual que los fármacos u otras terapias cognitivas, como la TCC. Habitualmente, tanto los programas MBSR, MBCT, como la TCC, siguen un protocolo de actuación. No obstante, hay autores como Howarth A, et al. (2016),³⁹ que consideran una limitación la amplia duración de los mismos, y proponen alternativas como la práctica de determinadas intervenciones incluidas en el programa Mindfulness, como el “escáner corporal”. En el estudio cualitativo llevado a cabo por Howarth A, et al. (2016)³⁹ en relación a esta intervención, la población de estudio refirió que el mayor beneficio obtenido fue la relajación, un efecto beneficioso ya que combate el estrés y la ansiedad. Sin embargo, los individuos consideraron que la intervención les resultó extremadamente corta y hubiesen preferido más orientación sobre la misma. Por tanto, se requiere más investigación para el perfeccionamiento de este tipo de alternativas. Estudios como el desarrollado por Klain-Yobas, et al. (2015),³⁴ proponen la adición de la terapia basada en Mindfulness a otros programas, como es el caso de la inclusión de la TBM en los programas de psicoeducación proporcionados a los individuos con enfermedades cardiovasculares.

Limitaciones en el proceso de revisión

Hay varias limitaciones en la revisión y la información recabada. Por un lado, la mayoría de los estudios tenían en común limitaciones en el seguimiento de la población que había recibido terapia basada en Mindfulness, ofreciendo resultados únicamente a corto plazo. Por otro lado, hubo estudios que llevaron a cabo evaluaciones de seguimiento en las que los efectos positivos de la intervención no se mantuvieron en el tiempo. Los tiempos de las evaluaciones posteriores a la prueba variaron según los estudios, lo que podría dificultar la comparación entre ellos. Se ha incluido una revisión sistemática (G. Hofmann S.G, et al. 2010)²⁶, que analiza estudios cuya población padece enfermedades físicas crónicas y condiciones psiquiátricas, como el síndrome de ansiedad generalizada. Sin embargo, los resultados obtenidos del mismo y reflejados en la presente revisión hacen referencia, únicamente, a la población con enfermedades físicas crónicas. Además, algunos de los artículos incluidos presentaban estudios cuyo riesgo de sesgo no estaba bien definido. Otros, tenían una muestra cuyo tamaño era reducido o había

heterogeneidad en la misma, por las diferentes características de la población de estudio. Se ha procurado que el grado de evidencia alcanzado sea aceptable, aunque su extrapolación a población con otras características pueda verse limitada.

Con respecto a las tasas medio- altas que hubo de abandono del programa, hay autores que consideran que puede deberse a que dichos pacientes no tenían interés en este tipo de tratamiento y se les ofreció. No asumen que la negativa a participar fuera por el contenido, consideran que interviene la motivación. Igualmente, hubo individuos que no concluyeron el programa por razones como: falta de tiempo y agravamiento de la enfermedad, no relacionado con el programa. Dos de los estudios analizados, mencionaron 5 casos de empeoramiento de los síntomas después de participar en las primeras sesiones de la intervención, lo cual impidió que dichas personas completasen la terapia.

En cuanto a la metodología, cabe decir que hubo limitaciones en la lectura crítica de los artículos, con respecto a la interpretación de los datos estadísticos. Se localizaron documentos potencialmente relevantes en otros idiomas, pero solo se incluyeron artículos en inglés. La evidencia alcanzada puede resultar no actual. Se procuró incluir documentos publicados en los 5 últimos años, pero fue necesario ampliar el margen temporal a 10 años.

Los documentos incorporados carecen de autoría enfermera. No obstante, la figura del profesional de enfermería aparece en los estudios como instructor de psicoterapias, pero no especialmente basadas en el programa Mindfulness, como: Tai- chi, asesoramiento para el autocuidado, psicoeducación, etc. Algunos de los documentos encontrados, cuyos autores eran profesionales de enfermería, carecían de evidencia científica, por lo que no fueron incluidos en la revisión. Gran parte de los artículos fueron realizados por otros profesionales de la salud, destacando los psicólogos y médicos, fundamentalmente psiquiatras. La mayoría de los estudios proceden de países extranjeros. No se encontró ninguno sobre la intervención realizada en España, aunque sí aparecen autores y universidades españolas, colaboradoras con determinados estudios de investigación.

Implicaciones y recomendaciones para la práctica

El conocimiento aportado por la presente revisión debería dar pie a una reflexión sobre el rol de Enfermería, en el abordaje de la problemática biopsicosocial, de las personas con enfermedades físicas crónicas. El profesional de enfermería puede ofrecer la terapia

basada en Mindfulness como una alternativa no farmacológica, congruente con su marco competencial y de probada eficacia. La terapia basada en Mindfulness o Atención Plena, dota de mayores recursos a la persona-familia para facilitar el periodo de transición en el que incorporan nuevos cambios a su vida e identidad.

Con el objetivo de guiar al terapeuta a reconocer qué personas pueden beneficiarse de la intervención basada en Mindfulness, y de qué forma llevar a cabo una correcta planificación de la misma, se ha considerado oportuno hablar de los diagnósticos, objetivos (NOC) e intervenciones enfermeras (NIC), que aparecen reflejados en las siguientes tablas: ¹¹

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)	Definición
Ansiedad	Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
Afrontamiento ineficaz	Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.
Baja autoestima situacional	Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.
Disposición para mejorar la resiliencia o el afrontamiento	Patrón de esfuerzos positivos, cognitivos y conductuales ante una situación adversa o una crisis, que puede reforzarse para optimizar el potencial humano.

NOC	Definición	Indicadores
Motivación	Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Obtiene recursos. - Busca nuevas experiencias. - Inicia conductas dirigidas hacia objetivos. - Mantiene una autoestima positiva. - Expresa la creencia en la capacidad para realizar la acción. - Expresa intención de actuar. - Anticipa la recompensa intrínseca y extrínseca.

NOC	Definición	Indicadores
Afrontamiento de problemas	Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.	<ul style="list-style-type: none"> - Verbaliza la necesidad de asistencia. - Obtiene ayuda de un profesional sanitario. - Verbaliza aceptación de la situación. - Observa sus pensamientos y sentimientos, los describe y acepta. - Adopta conductas para reducir el estrés. - Comprende y reduce los síntomas de estrés, ansiedad y depresión.
Estado de comodidad psicoespiritual	Tranquilidad psicoespiritual relacionada con autoconcepto, bienestar emocional, fuente de inspiración y significado y objetivo de la propia vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Gestiona más eficazmente los pensamientos, las emociones y el dolor para tener una mayor resistencia emocional y psicológica. - Refiere un aumento del bienestar psicológico y cultiva profundos estados de relajación. - Postura no reactiva: aprende a “responder” en lugar de “reaccionar” ante los problemas. - Actúa con conciencia: vive desde el presente, con mayor plenitud y bienestar.

NIC	<p>“Meditación” o Terapia basada en Mindfulness o Atención Plena</p>	<p>MBSR y MBCT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La terapia puede ser individual o grupal. - El grupo ha de ser homogéneo, es decir, han de compartir afección médica. - 8 sesiones, una vez a la semana, 2.5 horas por sesión. - Técnicas enseñadas, principalmente: <ul style="list-style-type: none"> • Escáner corporal • Práctica de respiración lenta y profunda • Meditación sentada y ejercicios de Yoga - Práctica diaria formal en el propio entorno de la persona (hogar): 6 días a la semana, 20- 45 minutos. Se proporcionan CDs de audio y material de meditación guiada y yoga para apoyar la práctica en el hogar. - Práctica informal de ser consciente durante las actividades diarias. Por ejemplo: comer de manera consciente, aseo consciente, etc. - Registros a diario de la práctica formal e informal realizada por los participantes en su propio entorno. - Opcional: retiro de meditación de un día completo (7 horas) el fin de semana de la sexta semana del programa. <p>TBM en pareja: se trata del programa explicado anteriormente, añadiendo entre los participantes a la pareja sentimental del paciente. El grupo entero ha de asistir al programa con su pareja.</p> <p>Intervenciones cortas basadas en Mindfulness:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meditación cíclica: <ul style="list-style-type: none"> • Duración: 30- 60 minutos. • Dos sesiones. Se impartirán técnicas de respiración, yoga y meditación. La segunda sesión tiene lugar dos semanas después. • Práctica formal a diario, en el propio entorno, con la ayuda de CDs audio que guíen los ejercicios. • Registros a diario de la práctica formal realizada por los participantes en su propio entorno.
------------	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Escáner corporal: <ul style="list-style-type: none"> • Una sesión donde se entrena a los individuos para aprender el ejercicio. Una segunda sesión, una semana después. • Requiere una práctica diaria en el hogar, 15 minutos, apoyada por un CDs audio que guía el ejercicio. • Registros a diario de la práctica formal realizada por los participantes en su propio entorno. <p>Otras terapias + TBM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La inclusión de MBSR en la rehabilitación multicomponente en pacientes con EPOC, según la propuesta de Panagioti M, et al. (2014).³⁰ - Psicoeducación + MBSR, en individuos con enfermedades cardiovasculares
	Otras alternativas no farmacológicas	TCC, entrenamiento en resolución de problemas, asesoramiento para el autocuidado y educación sobre la enfermedad.

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la información contemplada en la tabla anterior, se hace necesario aclarar algunos aspectos. En primer lugar, como se ha explicado anteriormente, los estudios incluidos en la presente revisión observaron que entre las razones de abandono del programa basado en Mindfulness, destacan: la falta de motivación y la duración del programa. Por ello, se ha considerado relevante la incorporación del NOC “motivación”, con el objetivo de disminuir las tasas de abandono del programa. Además, se cree que la asistencia al programa Mindfulness, acompañado de la pareja sentimental, puede aumentar la motivación del paciente. En cuanto a los pacientes que tuviesen dificultad para participar en el programa de 8 semanas de duración, autores como Howarth A, et al. (2016),³⁹ han propuesto adaptar las intervenciones. Sugirieron la práctica de una de las intervenciones del programa Mindfulness conocida como escáner corporal. Otros autores como Ando M, et al. (2009),³⁵ propusieron una variante de la TBM, a la que denominaron “meditación cíclica”. En segundo lugar, hay autores que reflejaron en sus estudios determinadas terapias que, combinadas con Mindfulness, pueden aumentar su efectividad. Un ejemplo, aunque su eficacia aún está por determinar, es la rehabilitación multicomponente en pacientes con EPOC, asociada a intervenciones MBSR. Finalmente, se han incluido otras terapias no- farmacológicas distintas de Mindfulness, para poder atender las preferencias de la persona. Cabe decir que con el fin de asegurar la fidelización y adherencia de los pacientes a la práctica de las intervenciones Mindfulness, una vez completadas las 8 sesiones presenciales, se recomienda la instalación en dispositivos móviles de aplicaciones sobre Mindfulness. Otra opción puede ser un seguimiento telefónico por parte de los terapeutas, o en consulta.

Otras características a tener en cuenta, que apoyan la puesta en práctica de esta intervención, es que es coste- efectiva, especialmente si la terapia es grupal. Asimismo, se considera una terapia segura. De los estudios analizados, solo dos han documentado efectos adversos que pueden ser secundarios a las intervenciones basadas en Mindfulness, con un total de 5 personas afectadas.

Formación profesional en Mindfulness:

Distinguimos tres tipos de formación, una para ser instructor de Mindfulness, otra para ser Profesor Cualificado y la tercera, con la que se obtiene el título de Profesor Certificado. Hablaremos de las dos primeras. Para cualquiera de las dos formaciones, el profesional debe haber completado previamente, un programa MBSR de 8 semanas de duración con un instructor acreditado, así como haber participado en un retiro espiritual de 5-10 días. Los instructores de MBSR necesitan tener su propia práctica regular de meditación personal.^{40,41}

La formación como instructor en MBSR, proporciona al profesional conocimientos y aptitudes para integrar Mindfulness en su práctica clínica, realizando intervenciones sencillas con sus pacientes. Asimismo, puede incorporar ejercicios en la práctica de otro tipo de intervenciones, como la psicoeducación. Los instructores de MBSR siguen la norma de no pedir nunca a los participantes del programa más de lo que hacen ellos mismos a diario en términos de prácticas formales e informales de atención plena. El propósito del contenido de la formación es enseñar al profesional cómo se estructura un entrenamiento progresivo de Mindfulness, cuales son los objetivos de cada sesión y cómo se guían las prácticas o dinámicas. Además, se incluyen fundamentos contextuales y teóricos que sustentan la terapia. En España, centros como esMindfulness para el desarrollo profesional ofrece este tipo de formación con un programa intensivo de 50 horas. Para aquellos que quieren impartir un programa completo de Mindfulness de 8 semanas, han de ampliar su formación. Para ello, deberán asistir a un seminario residencial de 7 días de duración o TTR1 (Teacher Training Retreat Etapa 1) e impartir, de manera supervisada, al menos un programa Mindfulness de 8 semanas de duración, inmersos en el contenido y metodología de MBSR, practicando cómo enseñar. Es recomendable que vuelvan a asistir a un retiro espiritual de 5-10 días. Después de este curso los participantes podrán ser acreditados como Profesor Cualificado.⁴⁰⁻⁴² Además, en el caso de la formación para el programa MBCT, los individuos deberán asistir a un

curso de formación especializada en MBCT de 2-3 días de duración, así como realizar un curso específico de habilidades de 2-3 días y escribir una reflexión crítica.⁴³ El proceso para la formación oficial y acreditada como profesor del programa MBCT sigue la metodología del CMRP (centre for Mindfulness research and practice), mientras que la formación para el programa MBSR sigue el itinerario descrito por el *Oasis Training Institute* del *Centre For Mindfulness* de la Universidad de Massachussetts.^{40, 43}

Futuras líneas de investigación

Muchos autores consideran que es necesaria más investigación con respecto la efectividad de la intervención basada en Mindfulness, en personas con enfermedades crónicas, para dar más rigor científico a los resultados obtenidos. Requieren mayor investigación aspectos como:

- Los mecanismos por los que estas terapias son eficaces.
- Los cambios neurológicos y fisiológicos que tienen lugar en el individuo que ha formado parte de un programa de Atención Plena.
- La evaluación de la rentabilidad a largo plazo de estos programas.
- Una búsqueda sistemática de posibles efectos adversos de la intervención, obteniendo resultados más sólidos sobre su impacto en el Sistema Sanitario, especialmente en Atención Primaria.
- Analizar qué individuos se benefician más de la meditación de Atención Plena.
- Conocer las preferencias de tratamiento del paciente y terapeuta cuando se ofrezcan varias alternativas no- farmacológicas y, la aceptabilidad del mismo.
- Llevar a cabo evaluaciones de seguimiento para conocer los resultados de la intervención a largo plazo, dado que es una limitación de muchos estudios.

La investigación cualitativa evaluativa también adquiere un papel relevante en las futuras líneas de investigación, puesto que es importante explorar la experiencia del paciente que está participando en una intervención de Atención Plena.

CONCLUSIONES

- La evidencia actual indica que la terapia basada en Mindfulness se asocia con mejoras, especialmente a corto plazo, de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión, en las personas diagnosticadas de una enfermedad física crónica. Futuras líneas de investigación deben estudiar los efectos a largo plazo de la intervención.
- El profesional de enfermería puede adquirir la formación pertinente para la enseñanza de esta técnica “mente- cuerpo”, y ponerla en práctica como parte de su marco competencial.
- Con el objetivo de reducir las tasas de abandono del programa y lograr los beneficios de la terapia, es importante considerar la motivación del paciente.
- Para asegurar la adherencia de las personas a la práctica de la intervención, una vez finalizado el programa de 8 semanas de duración, se recomienda que el terapeuta lleve a cabo actividades de soporte a largo plazo. Para ello puede hacer uso de recursos de seguimiento como llamadas telefónicas, en consulta o mediante la instalación en dispositivos móviles de aplicaciones sobre Mindfulness.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quería agradecer a mi tutora María Teresa González Gil, haberme acompañado y guiado en este proyecto. He aprendido mucho con ella y ha sabido transmitirme nuevas formas de entender la Enfermería.

En segundo lugar, quería agradecer a mis padres su apoyo incondicional en todos mis proyectos y sueños. Este ha sido uno más.

Por último, y no por ello menos importante, quería agradecer a Álvaro P. y a mis amigos sus consejos y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud: OMS [sede Web]*. Ginebra: grupo de especialistas en Salud Pública y Epidemiología de la OMS; Mayo de 2014 [acceso 10 de enero de 2017]. Centro de prensa. Las 10 causas principales de defunción en el mundo [tercera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/kBjjeD>
2. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de Noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, nº 289, (3 de diciembre de 2013).
3. Public Health Europe – European Commission – EU [sede Web]*. Unión Europea: Dirección General de Comunicación; 9 de febrero de 2017 [acceso 11 de enero de 2017]. Major and chronic diseases [primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/NTBmUK>
4. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]*. Madrid: grupo de especialistas en Estadística; 14 de marzo de 2013 [20 de mayo de 2015; 13 de enero de 2017]. Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, calidad de vida, dependencia funcional) [página 11]. Disponible en: <https://goo.gl/QvL37O>
5. Rogers A.C. Vulnerability, health and health care. Journal of Advance Nursing. 5 de julio de 1997; 26 (p. 65-72)
6. Rose MH, Killien M. Risk and vulnerability: a case for differentiation. Advances in Nursing Science. 1983 Apr; 5(3): 60–73.
7. Lessick M, et al. Vulnerability: a conceptual model applied to perinatal and neonatal nursing. The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 1992; 6(3): 1–14.
8. Phillips C.A. Vulnerability in family systems: application to antepartum. The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing. 1992; 6(3): 26–36
9. Chick N, Meleis AI. Transitions: A nursing concern. In: P.L. Chinn (Ed.) Nursing research methodology. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p. 237- 257.
10. Bridges, W. Transitions: Making Sense of Life's Changes. Cambridge, MA: Addison- Wesley; 1980.

11. NNNConsult. NANDA NOC NIC [sede Web]. España: Elsevier; 2013 [actualizada en 2016; acceso el 27 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
12. Williams H, et al. Mindfulness- Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice. J Holist Nurse [revista en Internet]*. 25 de febrero de 2015 [20 de enero de 2017]. Vol. 33 No. 3: 1-13. Disponible en: <https://goo.gl/3nsU55>
13. Barker P, Buchanan- Barker P. The Tidal Model: a guide for mental health professionals. 1st ed. Hove (England): Brunner Routledge Publishers; 2005.
14. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. La Encuesta sobre alcohol y drogas en España, EDADES. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013- 2014.
15. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Administración General del Estado. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso el 20 de febrero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/vmD92k>
16. Organización Mundial de la Salud: OMS [sede Web]*. Ginebra: grupo de especialistas en Salud Pública y Epidemiología de la OMS; Febrero de 2017 [acceso 25 de febrero de 2017]. Centro de prensa. Depresión [primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/zE12R9>
17. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22-11-2003)
18. Williams H, et al. Mindfulness- Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice. J Holist Nurse [revista en Internet]*. 25 de febrero de 2015 [20 de enero de 2017]. Vol. 33 No. 3: 1-13. Disponible en: <https://goo.gl/h57tKt>
19. Sociedad Mindfulness y Salud [sede Web]. Buenos Aires, Argentina: Equipo de la Sociedad Mindfulness; 2010 [2017; acceso el 15 de abril de 2017]. ¿Qué es Mindfulness?; [una pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/9fgKoz>
20. Pérez MA, Botella L. Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. Revista de psicoterapia. 2006; 17 (66-67): 77-120.
21. Crowe M, Jordan J, Burrell B, Jones V, Gillon D, Harris S. Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. Aust N Z J Psychiatry. 2016 Jan; 50(1): 21-32.

22. Sociedad Mindfulness y Salud [sede Web]. Buenos Aires, Argentina: Equipo de la Sociedad Mindfulness; 2010 [2017; acceso el 15 de abril de 2017]. MBSR8: Formato Original; [una pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/YjwkYf>
23. Center For Mindfulness in Medicine, Health Care and Society [sede Web]. Worcester, Massachusetts: University of Massachusetts Medical School [2017; 10 de abril de 2017]. Introduction to Mindfulness [primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/rchaLd>
24. Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care: a Practical Guide. Tercera edición. Berkshire, England. Open University Press. 2014
25. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB por CASPe. Instrumentos para la lectura crítica. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante. CASPe. 2010 [última actualización: 2016; consultado en 2017]. Disponible en: <http://goo.gl/YfErb6>
26. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression. J Consult Clin Psychol. 2010 Apr; 78 (2): 169-183. DOI: 10.1037/a0018555.
27. Demarzo MMP, Montero- Marín J, Cuijpers P, Zabaleta del Olmo E, Mabtani K.R, Vellinga C, et al. The Efficacy of Mindfulness- Based Interventions in Primary Care: AMeta- Analytic Review. Ann Fam Med. 2015; 13 (6): 573-582. DOI: 10.1370/afm.1863.
28. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gound NF, Rowland- Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well- being: a systematic review and meta- analysis.JAMA Inter Med. 2014; 174 (3): 357-368. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.13018
29. Tovote KA, Fleeer J, Snippe E, Peeters A, Emmelkamp P, Sanderman R, et al. Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients With Diabetes: Results of a Randomized Controlled Trial. Diabetes Care. 2014 Sep; 37 (9): 2427-2434. DOI: 10.2337/dc13-2918
30. Panagioti M, Scott C, Blakemore A, Coventry PA. Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2014; 9: 1289-1306. DOI: 10.2147/COPD.S72073

31. La Cour P, Petersen M. Effects of Mindfulness Meditation on Chronic Pain: A Randomized Controlled Trial. *Pain Med.* 2015 Apr; 16 (4): 641-652. DOI: 10.1111/pme.12605
32. Gotink RA, Chu P, Busschbach J, Benson H, Fricchione GL, Hunink M. Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One.* 2015 Apr; 10 (4): 1-17. DOI: 10.1371/journal.pone.0124344
33. Crowe M, Jordan J, Burrell B, Jones V, Gillon D, Harris S. Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016 Jan; 50(1): 21-32. DOI: 10.1177/0004867415607984
34. Klainin- Yobas P, Huey Ng S, Stephen P.D.M, Lau Y. Efficacy of psychosocial interventions on psychological outcomes among people with cardiovascular diseases: a systematic review and meta- analysis. *Patient Educ Couns.* 2016; 99 (4): 512- 521. DOI: 10.1016/j.pec.2015.10.020.
35. Ando M, Morita T, Akechi T, Ito S, Tanaka M, Ifuku Y, et al. The Efficacy of Mindfulness-Based Meditation Therapy on Anxiety, Depression, and Spirituality in Japanese Patients with Cancer. *Journal of Palliative Medicine.* 2009 Dec; 12 (12): 1091-1094. DOI: 10.1089/jpm.2009.0143.
36. Birnie K, Garland SN, Carlson LE. Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Psychooncology.* 2009 Sep; 19 (9): 1004- 1009. DOI: 10.1002/pon.1651
37. Greeson JM, Smoski MJ, Suarez EC, Brantley JG, Ekblad AG, Lynch TR, et al. Decreased Symptoms of Depression After Mindfulness-Based Stress Reduction: Potential Moderating Effects of Religiosity, Spirituality, Trait Mindfulness, Sex, and Age. *Journal Altern Complement Med.* 2015; 21(3): 166-174. DOI: 10.1089/acm.2014.0285
38. Baer RA, Carmody J, Hunsinger M. Weekly Change in Mindfulness and Perceived Stress in a Mindfulness- Based Stress Reduction Program. *J Clin Psychol.* 2012; 68 (7): 755- 765. DOI: 10.1002/jclp.21865
39. Howarth A, Perkins-Porras L, Copland C, Ussher M. Views on a brief mindfulness intervention among patients with long-term illness. *BMC Psychology.* 2016; 4 (56): 1-9. DOI 10.1186/s40359-016-0163-y
40. Center For Mindfulness in Medicine, Health Care and Society [sede Web]. Worcester, Massachusetts: University of Massachusetts Medical School [2017;

- 10 de abril de 2017]. MBSR Teacher Education [primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/QZF0aG>
41. Asociación Española de Mindfulness y Compasión [Internet]. Valencia: AEMIND, sociedad científico- profesional; 2015 [2017; 26 de abril de 2017]. Sección de Profesores de (MBSR) [primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/LFfzxZ>
42. Instituto esMindfulness [sede Web]. Barcelona: Equipo Instituto esMindfulness; 2004 [2017; 26 de abril de 2017]. Practicum en MBSR [Primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/cKKFHB>
43. Asociación Española de Mindfulness y Compasión [sede Web]. Valencia: AEMIND, sociedad científico- profesional; 2015 [2017; 26 de abril de 2017]. Itinerario de formación Oficial en Español de Profesores de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) [primera pantalla]. Disponible en: <https://goo.gl/Frfkiw>

Anexo 1: Términos de búsqueda en lenguaje libre (palabras clave) y posterior traducción a lenguaje controlado operativo.

PALABRAS CLAVE		MESH	PSYCINFO	CUIDEN	COCHRANE LIBRARY	CINHAL
ESPAÑOL	INGLÉS					
Enfermedad crónica	Chronic disease Chronic illness Multiple Chronic Conditions	Chronic diseases Diseases, chronic Chronic illness/es Multiple Chronic Conditions	Chronic illness	Enfermedad Crónica	Chronic disease	Chronic disease Chronic pain Cardiovascular disease
Mindfulness Psicoterapia Terapias cuerpo-mente	Mindfulness Psychotherapy Behavior Therapy Mind- Body Therapies	Mindfulness Mindfulness- based interventions Psychotherapy	Mindfulness	Mindfulness	Mindfulness	Mindfulness Mind Body Techniques Meditation
Disminución, control y/o prevención de estrés	Stress reduction Stress control	Stress Stress, Psychological Mental suffering Emotional stress Control and prevention Health promotion	Stress Stress management Prevention	Prevención Promoción Estrés	Primary prevention Secondary prevention Stress	Preventive Health Care Health promotion Management Stress, psychological
Disminución, control y/o prevención de ansiedad	Anxiety reduction Anxiety control Anxiety prevention	Anxiety Control and prevention Health promotion	Anxiety Anxiety management Prevention	Ansiedad	Anxiety	Preventive Health Care Health promotion Management Anxiety
Promoción de la salud mental	Mental Health promotion	Mental Health	Mental Health			Mental Health Promotion
Enfermería, enfermera	Nursing, nurse	Nurse Nursing Family nurse practitioner Advanced practice nursing	Nurse Nursing	Enfermería Enfermera	Nursing	Education, nursing Nurse
Evidencia científica	Scientific base	Evidence- based medicine/ nursing Randomized controlled trial Meta- Analysis	Randomized controlled trail Meta-analysis Systematic Review (Lenguaje libre, no aparece en su Tesauro)		Randomized controlled trail Meta-analysis Review Literature	Descriptores CINHAL: Randomized controlled trail Meta-analysis Systematic Review

Fuente: elaboración propia

Anexo 2: Estrategias de búsqueda

PubMed				
Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Artículos encontrados	Artículos compatibles con criterios de inclusión según título y resumen	Artículos seleccionados tras su lectura completa
("Chronic Disease"[Mesh]) AND "Mindfulness"[Mesh]	Publicaciones de no más de 5 años de antigüedad	28	10	5
((("Chronic Disease"[Mesh]) AND "Mindfulness"[Mesh]) AND "Stress, Psychological"[Mesh]) AND "prevention and control" [Subheading]	Publicaciones de no más de 5 años de antigüedad Edad: > 19 años	5*	1*	1*
((("Mindfulness"[Mesh]) AND "Chronic Disease"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh])	Publicaciones de no más de 5 años de antigüedad	2*	2*	0
((("Mind-Body Therapies"[Mesh]) OR "Mindfulness"[Mesh]) AND "Chronic Disease"[Mesh]) AND "Stress, Psychological"[Mesh])	Publicaciones de no más de 5 años de antigüedad	18 + 4*	5 + 4*	0
mindfulness based cognitive therapy AND long- term conditions	Ninguno	14	4 + 1*	2

CINAHL				
Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Artículos encontrados	Artículos compatibles con criterios de inclusión según título y resumen	Artículos seleccionados tras su lectura completa
((MM "Mindfulness")) AND ((MM "Stress Management"))	Idioma: Inglés	55	4	1
Cardiovascular disease AND mindfulness	Idioma: Inglés Fecha publicación: 2012-2017	7	2	1
Chronic pain AND mindfulness	Idioma: Inglés Fecha publicación: 2012-2017	68	3	1
Chronic disease AND mindfulness- based therapy	Ninguno	5 + 1*	1	0

Cuiden				
Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Artículos encontrados	Artículos compatibles con criterios de inclusión según título y resumen	Artículos seleccionados tras su lectura completa
Mindfulness	Ninguno	13	3	0

Cochrane Library				
Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Artículos encontrados	Artículos compatibles con criterios de inclusión según título y resumen	Artículos seleccionados tras su lectura completa
[Mindfulness] explode all trees	Ninguno	4	1	0

PsycInfo				
Estrategia de búsqueda	Filtros utilizados	Artículos encontrados	Artículos compatibles con criterios de inclusión según título y resumen	Artículos seleccionados tras su lectura completa
Mindfulness AND nursing AND chronic illness	Ninguno	7	1 + 1*	1
((MM "Mindfulness" AND MM "Chronic Illness") AND (MM "Chronic Illness" NOT DE "Chronic Mental Illness")) AND (MM "Stress Management")	Ninguno	4	3	0
mindfulness AND stress management AND chronic illness	Idioma: Inglés o español	26	6 + 4*	2

Fuente: elaboración propia

*Duplicados

Además, el artículo “The effect of Mindfulness- based Therapy on Anxiety and Depression” fue incluido en el análisis por ser de interés tras visualizarlo referenciado en la bibliografía de otro estudio.

ANEXO 3: Ejemplo de Planilla CASP- E para una Revisión Sistemática

The Efficacy of Mindfulness- Based Interventions in Primary Care: A Meta- Analytic Review.²⁷

A. ¿Los resultados de la revisión son válidos?

¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido?	<p>El título del artículo es: “La eficacia de una intervención Mindfulness en Atención Primaria: Meta-análisis”. La introducción proporciona información suficiente para definir el tema en cuestión y hace una pequeña justificación del motivo de su estudio.</p> <p>El objetivo queda bien definido y es congruente con la población elegida y la intervención a realizar. Se trata de una revisión sistemática que incluye de seis Estudios Aleatorios Controlados (ECA) para investigar la aplicación y eficacia de una intervención Mindfulness en pacientes adultos de AP. Para llevar a cabo la revisión sistemática se usaron las guías PRISMA y las recomendaciones de Cochrane Collaboration El protocolo quedó registrado con PROSPERO.</p> <p>Los resultados presentan datos estadísticos y atienden a los objetivos previstos por los autores.</p>
¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?	<p>Sí, dado que analizan seis ECA que responden a su pregunta de investigación, con un total de 553 pacientes. Se considera que este tipo de ensayo clínico tiene un diseño apropiado para la pregunta objeto de la revisión</p>

¿Crees que estaban incluidos los estudios importantes y pertinentes?	<p>Los artículos incluidos en la revisión cumplen con los criterios de inclusión establecidos por los autores y son pertinentes. Las bases de datos que fueron utilizadas son específicas para la búsqueda de información relacionada con las ciencias de la salud.</p> <p>Se hizo uso de lenguaje libre y controlado. Las estrategias de búsqueda y los resultados quedaron reflejadas en un anexo. Los estudios incluidos en el estudio fueron referenciados y se contactó con expertos en el campo para estudios adicionales.</p>
¿Crees que los autores de la revisión han hecho suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos?	<p>El artículo dispone de un apartado que refleja cómo se evaluó la calidad de los estudios seleccionados. Se usaron las Herramientas de la Colaboración Cochrane y se establecieron tres criterios para evaluar la calidad de las intervenciones. Dicha evaluación fue llevada a cabo por dos revisores, remitiéndose los desacuerdos a un tercer revisor para llegar a un consenso. Los autores consideraron que dos de los ECA son de alta calidad, mientras que los cuatro restantes son de baja calidad.</p>
Si los resultados de los diferentes estudios han sido mezclados para obtener un resultado “combinado”, ¿era razonable hacer eso?	<p>Los resultados iban en una misma dirección, lo que permite que se puedan combinar estadísticamente. Todos ellos procuraban demostrar la eficacia y los beneficios de MBIs en pacientes con enfermedades crónicas. Por un lado, el artículo describe con claridad y precisión los resultados del estudio, apoyándose en figuras como la gráfica de Forest Plot y una tabla que presenta el tamaño de los efectos combinados y la heterogeneidad de los mismos. Por otro lado, aparecen explicadas las posibles causas de la variación de los resultados. Por ejemplo, los autores consideran que el tamaño del efecto era mayor en aquellos estudios en los que MBI (mindfulness based intervention) era comparada con un grupo control pasivo frente a aquellos estudios en los que MBI era comparada con un grupo control activo. Esta característica aumentaba la heterogeneidad entre los estudios.</p>

B. ¿Cuáles son los resultados?

¿Cuál es el resultado global de la revisión?	<p>El análisis presenta un tamaño del efecto moderado a favor de MBIs en AP para mejorar la salud mental, así como la calidad de vida del paciente. Los resultados presentaban un riesgo de sesgo bajo y una heterogeneidad moderada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay evidencia de que MBIs esté especialmente adaptado para pacientes de AP, lo que puede explicar la dificultad para demostrar un beneficio mayor de MBIs en este ámbito. - El efecto de MBIs para el abordaje de ciertas enfermedades presentes en pacientes de AP era similar al obtenido con terapias farmacológicas y psicológicas. Los autores
--	---

	<p>concluyen que MBIs no difiere de las terapias farmacológicas y terapias cognitivo conductuales utilizadas habitualmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La intervención mindfulness fue más eficaz para mejorar la salud mental de los pacientes que para mejorar su calidad de vida. - Las intervenciones Mindfulness favorecen el desarrollo de habilidades como la disminución de la preocupación excesiva y rumiación, que los autores consideran tener efectos beneficiosos para la salud a largo plazo. La falta de un seguimiento a largo plazo de la población estudiada conlleva a que los resultados de esta revisión u otros estudios sean poco concluyentes.
¿Cuál es la precisión del resultado/s?	Se utilizó un IC de 95%. Los autores presentaron resultados en términos de: $p < 0.05$ o $p < 0,001$, pero no incluyeron términos como: NNT, RRR o RAR.

C. ¿Son los resultados aplicables en tu medio?

¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	<ul style="list-style-type: none"> - La población de estudio del meta-análisis y la que es objeto de estudio en mi revisión, tienen en común algunas de las enfermedades crónicas que les caracterizan. Quedan descartadas las enfermedades de salud mental. - El manual para el programa Mindfulness utilizado para poner en práctica la intervención es semejante en ambas revisiones. - Atención primaria es un tipo de asistencia sanitaria para el abordaje de enfermedades crónicas común en ambos medios, el propuesto por mi estudio y el meta-análisis en cuestión. <p>Por tanto, los resultados podrían aplicarse en cierto modo en mi medio.</p>
¿Se han considerado todos los resultados importantes para tomar la decisión?	En mi población de estudio quedan excluidas las enfermedades de salud mental, por lo que no se pueden considerar importantes todos los resultados para tomar la decisión.
¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	<p>Los autores reflejaron en la revisión que MBIs son coste- efectivas, y que los resultados preliminares parecen ser prometedores. No obstante, no hay suficiente evidencia para establecer una conclusión sobre los efectos de las intervenciones Mindfulness en este tipo de pacientes (con enfermedades crónicas, atendidos por AP).</p> <p>Alguna de las recomendaciones de los autores es que podría ser más beneficioso para los pacientes una adaptación de las intervenciones a su contexto. Es decir, los profesionales e investigadores deberían adaptar el manual del programa Mindfulness a la población a la que va dirigido, atendiendo a sus características y necesidades individuales.</p>

ANEXO 4: Resumen del contenido básico de los artículos seleccionados para el análisis.

AÑO	Título	TIPO	AUTOR	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS
2007	Mindfulness-based stress reduction	Revisión de la literatura	Praissma, S.	Proporcionar a los profesionales sanitarios (especialmente a las enfermeras) información pertinente de investigaciones clínicas relacionadas con MBSR y su utilidad para reducir el estrés en poblaciones con diferentes características.	Revisión de la literatura, haciendo uso de bases de datos tales como: EBSCO, Cinahl, Pschylene and Medline, así como información adicional.	MBSR es un tratamiento eficaz para reducir el estrés y la ansiedad que pueden tener lugar en pacientes con enfermedades crónicas. Los profesionales de enfermería pueden usar esta intervención de forma segura en diferentes tipos de población. No se han documentado efectos secundarios negativos de MBSR.
2009	Psychological benefits for cancer patients and their partners participating in mindfulness-based stress reduction (MBSR)	Estudio cuantitativo	Birnie K, et al.	Este estudio evaluó el impacto de un programa MBSR, en el que participaron 21 parejas que mantenían una relación sentimental. Uno de los miembros de cada pareja padecía cáncer. Se evaluaron aspectos como cambios del estado de ánimo, síntomas de estrés o capacidad de atención plena, en ambos miembros de la pareja.	Las parejas fueron informadas sobre el estudio durante una sesión de orientación antes de la primera clase del programa. Completaron cuestionarios y otros documentos necesarios para el estudio, pre y post- intervención.	Tras participar en el programa MBSR, en ambos miembros de la pareja hubo reducciones significativas en el trastorno del estado de ánimo y la tensión muscular. También hubo incrementos significativos en las habilidades para la atención plena. Finalmente, se observó que las puntuaciones de perturbación del estado de ánimo de las parejas no enfermas se correlacionaron significativamente con los síntomas de estrés de los pacientes, y se correlacionaron negativamente con los niveles de atención plena de los mismos.
2009	The Efficacy of Mindfulness-Based Meditation Therapy on Anxiety, Depression, and Spirituality in Japanese Patients with Cancer	Estudio cuantitativo	Ando M, et al.	El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia de la terapia basada en Mindfulness para disminuir los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes japoneses con cáncer bajo tratamiento médico.	La muestra escogida fueron 28 pacientes mayores de 20 años, con diversos tipos de cáncer, que estaban recibiendo tratamiento contra el mismo. Participaron en dos sesiones de Mindfulness, dirigidas por un psicólogo o enfermera. Además, debían practicar a diario en casa los	Los resultados reflejaron cómo la intervención (meditación cíclica) basada en la atención plena, disminuyó la ansiedad y la depresión en los pacientes japoneses con cáncer.

					ejercicios que habían aprendido con la ayuda de un CD y dos semanas después, volverían a reunirse con un entrevistador experto en el programa Mindfulness. Tuvieron que completar cuestionarios pre y post- intervención sobre ansiedad y depresión.	
2010	The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression	Revisión Sistemática	Hofmann S.G, et al.	Comprobar la veracidad de la hipótesis que sugiere que MBT es un tratamiento efectivo para reducir los síntomas de la ansiedad y depresión, especialmente entre los pacientes con trastornos de la ansiedad y depresión. Además, esperaban constatar que MBT reducía los síntomas de ansiedad y depresión en condiciones médicas crónicas.	Fueron analizados 39 estudios con un total de 1.140 pacientes que recibieron MBT para la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión en múltiples estados de salud, incluyendo cáncer, síndrome de ansiedad generalizada, depresión y otras condiciones médicas y psiquiátricas.	El meta-análisis demuestra que MBT es más eficaz en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión en población con trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad que en población que presenta otras enfermedades crónicas, como el cáncer, acompañadas de síntomas de ansiedad y depresión. No obstante, también muestran datos estadísticamente significativos a favor de la disminución de dichos síntomas en pacientes con condiciones médicas crónicas, que han recibido terapia basada en Mindfulness.
2012	Weekly Change in Mindfulness and Perceived Stress in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program	Estudio cualitativo	Baer R.A, et al.	Evaluar semanalmente los cambios referidos por los pacientes con respecto a sus niveles de estrés percibidos, así como su habilidad para prestar atención al momento presente, después de haber participado en un programa basado en Mindfulness (MBSR). Se planteó la hipótesis de que una mejora significativa de las habilidades en atención plena daría lugar	Se evaluaron semanalmente 87 pacientes de un centro médico que padecían estrés relacionado con una enfermedad crónica, dolor crónico u otras patologías; y que estaban formando parte de un programa MBSR de 8 semanas de duración.	Las habilidades en Mindfulness y el estrés percibido que expresaron los pacientes antes y después del programa MBSR, cambiaron significativamente. Las habilidades en atención plena mejoraron desde la 2ª semana del programa, mientras que la percepción de una disminución de los niveles de estrés tuvo lugar a partir de la 4ª semana. La mejora de las habilidades de atención plena adquiridas durante las primeras tres semanas, determinaron el estrés percibido durante el curso.

				a un cambio significativo en la percepción del estrés		
2014	Overview of the prevalence, impact and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease	Revisión Sistemática	Panagioti M, et al.	Este estudio tuvo como objetivo proporcionar una visión general de cómo afectan los síntomas de depresión y ansiedad a los individuos con EPOC. Asimismo, expuso los avances contemporáneos y nuevos retos para el manejo de ambos síntomas, haciendo énfasis en los beneficios de las intervenciones no farmacológicas.	Se llevó a cabo una actualización de la revisión sistemática de Coventry A, et al. Para ello se consultaron bases de datos como: Medline, Embase, PsycINFO, Cinhal, Web of Science and Scopus.	Terapias psicológicas que ayudan a este tipo de población a tomar conciencia de sus pensamientos y aceptarlos de una manera no juiciosa, pueden ser eficaz para combatir la ansiedad y la depresión. La meditación y atención plena están asociadas con beneficios de salud mental y es aceptada entre las personas con condiciones a largo plazo, pero su eficacia entre los pacientes con EPOC aún no ha sido confirmada.
2014	Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients With Diabetes.	Ensayo Aleatorio Controlado (ECA)	Tovote KA, et al.	El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la Terapia Cognitiva individual basada en Mindfulness (MBCT) y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), en pacientes con diabetes tipo 1 y 2, con síntomas depresivos. Se utilizó un grupo control (lista de espera).	Se aleatorizó una muestra de 94 pacientes con diabetes y comorbilidad de síntomas depresivos, en tres grupos (MBCT, TCC y lista de espera). Todos ellos completaron cuestionarios y entrevistas pre y post- intervención. Se valoraron aspectos como los síntomas depresivos, la ansiedad o el estrés relacionado con la enfermedad.	Los resultados de un estudio aleatorio controlado muestran que los participantes del grupo experimental, con diabetes tipo 1 y 2, que han recibido MBCT (Mindfulness basado en terapia cognitiva) y TCC (terapia cognitiva conductual) han disminuido considerablemente sus síntomas de depresión en comparación con los pacientes que formaban parte de la lista de espera para recibir este tipo de terapias (grupo control). Asimismo, ambas intervenciones han tenido efectos significativos sobre el control de la ansiedad, la angustia por diabetes y han aumentado el bienestar de la persona. Los resultados de la investigación no aportan evidencia sobre los valores HbA1c
2015	Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare.	Revisión Sistemática de ECAs.	Gotink R.A, et al.	El objetivo de este estudio es llevar a cabo una revisión sistemática de la efectividad de MBSR y MBCT en los diferentes grupos de pacientes con los que se está llevando a cabo esta intervención, así como identificar para qué	Revisión sistemática (basada en Cochrane guidelines) de Meta-análisis y otras revisiones sistemáticas de EC, que hablan de las técnicas Mindfulness (MBSR y MBCT)	Los efectos observados en los pacientes con enfermedades crónicas tras un entrenamiento en MBSR y MBCT fueron, en su mayoría, beneficiosos. Mejoraron significativamente los síntomas de depresión, estrés y ansiedad, así como la calidad de vida.

				condiciones médicas es más indicada.		
2015	The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care	Revisión Sistemática	Demarzo M.M.P, et al.	Conocer la evidencia que existe de los beneficios aportados por las intervenciones basadas en Mindfulness (MBIs) en Atención Primaria (AP).	Meta- análisis de 6 ensayos aleatorios controlados que evalúan el efecto de MBIs en pacientes adultos de AP. Se siguieron las guías PRISMA y Cochrane. El tamaño del efecto fue calculado con Hkedges g.	La intervención Mindfulness fue más eficaz para mejorar la salud mental de los pacientes que para mejorar su calidad de vida. El efecto de MBIs para el abordaje de ciertas enfermedades presentes en pacientes de AP era similar al obtenido con terapias farmacológicas y psicológicas. Los autores concluyen que MBIs no difiere de las terapias farmacológicas y terapias cognitivo conductuales utilizadas habitualmente.
2015	Decreased Symptoms of Depression After Mindfulness-Based Stress Reduction: Potential Moderating Effects of Religiosity, Spirituality, Trait Mindfulness, Sex, and Age	Estudio cuantitativo	Greeson J.M, et al.	El objetivo principal de este estudio fue conocer como las diferencias individuales en religiosidad, espiritualidad, habilidades en atención plena, sexo y edad, podrían intervenir en la efectividad de un programa MBSR para reducir los síntomas de depresión.	Como parte de un ensayo abierto, se utilizó la regresión múltiple para analizar la variación de los resultados de los síntomas de depresión, entre 322 adultos que participaron en el programa MBSR durante 8 semanas. Los individuos completaron cuestionarios pre y post- intervención.	De acuerdo con la hipótesis de los autores, los síntomas de depresión disminuyeron en todos los subgrupos del estudio, una vez hubieron participado en el programa. Los resultados de los síntomas depresivos no difirieron en función de la religiosidad, el sexo, la edad o las habilidades en atención plena, propias de cada individuo.
2015	Efficacy of psychosocial interventions on psychological outcomes among people with cardiovascular diseases.	Revisión Sistemática	Klainin-Yobas P, et al.	Esta revisión tiene como objetivo analizar la evidencia existente con respecto a la eficacia de las intervenciones psicosociales, para el abordaje de los problemas de salud mental de las personas con enfermedades cardiovasculares.	Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de estudios aleatorios controlados, publicados en bases de datos y no publicados, desde el año 2000 al 2015, en inglés. Dos revisores evaluaron de forma independiente los riesgos de sesgo de los estudios incluidos en la revisión. Para ello utilizaron la herramienta Cochrane. Asimismo, 3 revisores extrajeron la información relevante de los artículos. Para medir el tamaño del efecto se utilizó la <i>g de Hedges</i> .	De los 30 estudios incluidos, 18 encontraron mejoras estadísticamente significativas a corto plazo en el control del estrés, la ansiedad, la depresión y la combinación depresión / ansiedad, una vez los participantes hubieron completado las intervenciones psicosociales. Sólo tres estudios reportaron efectos significativos a largo plazo. Las intervenciones psicosociales que tuvieron efectos positivos estadísticamente significativos para la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión sobre los pacientes con ECV, fueron los programas psicosociales con psicoeducación y

						manejo del estrés (como intervenciones basadas en Mindfulness).
2015	Effects of Mindfulness Meditation on Chronic Pain	Ensayo Aleatorio Controlado (ECA)	La Cour P, et al.	Investigar los efectos de las intervenciones basadas en Mindfulness para el control del dolor crónico.	Un total de 109 pacientes con dolor crónico no específico, fueron aleatorizados en un programa Mindfulness (MBSR) o en un grupo control (lista de espera). Se midieron el dolor y su aceptación, la función física y mental, y la calidad de vida relacionada con la salud. Se escogió la escala de vitalidad SF36 para medir los resultados primarios. Durante 2,5 años, 43 de los 109 pacientes asignados al azar completaron el programa de atención plena, mientras que 47, permanecieron en el grupo control. Los datos se compararon al inicio (después de completar el curso o período de espera) y después de 6 meses (período de seguimiento).	Se encontraron efectos significativos, de tamaño medio a grande, para reducir la ansiedad general y depresión, así como mejorar el bienestar psicológico, la sensación de control y aceptación del dolor. Se encontraron tamaños de efectos pequeños (no significativos) para las medidas del dolor. No hubo diferencias significativas en las medidas inmediatamente después de la intervención frente a los resultados obtenidos 6 meses después, en el periodo de seguimiento.
2016	Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions.	Revisión Sistemática	Crowe M, et al.	Identificar si MBSR (reducción de estrés basado en Mindfulness) es eficaz para mejorar las condiciones físicas de salud en personas que padecen enfermedades físicas crónicas.	Revisión sistemática de la literatura, haciendo uso de bases de datos como MEDLINE, PubMed y PsycINFO. Se analizaron 15 estudios.	La revisión sugiere que hay evidencia emergente con respecto a la efectividad de MBSR como intervención para mejorar determinadas condiciones físicas de salud. Entre ellas, esta revisión destaca una mejora en el control del dolor crónico como la fibromialgia, síntomas del asma y una mejora del patrón del sueño.
2016	Views on a brief mindfulness intervention among patients with long- term illness	Estudio cualitativo	Howarth A, et al.	Este estudio evaluó las opiniones sobre la viabilidad y aceptabilidad de una intervención breve basada en Mindfulness (10 min) para aquellas afecciones de larga evolución.	Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a grupos específicos de pacientes con enfermedades crónicas. Se realizó una primera entrevista después de escuchar el audio (grabación que guía la meditación) en la clínica, y una segunda entrevista una semana después, cuando el paciente había	Este estudio señala que el programa Mindfulness es habitualmente de larga duración y requiere práctica diaria. Esto puede ser un obstáculo para muchos pacientes. Por ello, los autores propusieron la incorporación de una de las intervenciones de Mindfulness para el control de los síntomas de la enfermedad conocida como escáner corporal. Tras llevar a cabo el estudio cualitativo, los pacientes refirieron que el mayor beneficio obtenido tras

					entrenado con el audio en su propio entorno (fuera de la clínica).	llevar a cabo la intervención fue la relajación, un efecto beneficioso ya que combate el estrés y la ansiedad, lo que favorece un mejor control de la enfermedad. Sin embargo, sugirieron que la intervención era extremadamente corta y que necesitaban más orientación sobre la misma.
--	--	--	--	--	--	---

Fuente: elaboración propia

